

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT
DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LA POPULATION BLESSÉE
MÉDULLAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CATHERINE OTIS

DÉCEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Frédérique Courtois, qui m'a accueillie au doctorat et transmis sa passion pour le travail en réadaptation. Un remerciement particulier à André Marchand, qui m'a aidée à rendre à terme ce projet. André, ta patience, ta générosité et tes encouragements continus m'ont accompagnée jusqu'au fil d'arrivée. Merci à toi, ainsi qu'à Stéphane Guay, pour les opportunités données au fil des années qui m'ont permis d'acquérir les habiletés nécessaires au travail auprès des victimes d'événements traumatiques.

Je désire aussi exprimer ma reconnaissance envers les personnes souffrant d'une lésion à la moelle épinière qui ont accepté de partager leur expérience et d'offrir leur temps pour contribuer à l'avancement de la recherche.

Merci à Jean Bégin pour son aide avec les analyses statistiques. Ta disponibilité fut d'autant plus appréciée que je te sais sollicité de toutes parts. Merci à Marie-Claude Duval pour sa précieuse collaboration dans le recrutement des participants.

Merci à mes amies et collègues de doctorat, Roseline, Andréa, Mariko, Mélissa, Céline et les autres. Vous avez contribué à rendre ces années agréables et enrichissantes. Un merci particulier à Roseline, ma compagne de collecte de données. Ton appui dans toutes les étapes de ce projet a été des plus précieux.

Je tiens à remercier chaleureusement ma famille et mes amis. Merci à mes parents de m'avoir transmis le goût d'apprendre et de me dépasser. Merci à mon frère pour sa présence constante et son sens de l'humour. Merci à mes amis de faire partie de ma vie. Votre soutien à tous les niveaux et votre présence ont donné un sens à ces années de travail.

—

—

—

—

—

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xiii
RÉSUMÉ	xv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 La mise en contexte.....	1
1.2 L'état de stress post-traumatique	2
1.2.1 La définition et les critères diagnostiques de l'ÉSPT	2
1.2.2 Les critères diagnostiques de l'ÉSPT partiel.....	3
1.2.3 La prévalence de l'ÉSPT dans la population générale.....	3
1.2.4 Les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez diverses populations	4
1.3 La spécificité de la blessure médullaire	7
1.3.1 Qu'est-ce qu'une blessure médullaire?	7
1.3.2 Les données épidémiologiques sur les blessures médullaires au Canada	9
1.3.3 La pertinence de l'étude de l'ÉSPT chez la population BM	10
1.3.3.1 La prévalence de l'ÉSPT à la suite d'une blessure physique.....	10
1.3.3.2 L'impact de l'ÉSPT sur la santé.....	11
1.3.3.3 La pertinence de ces données chez la population BM.....	13
1.4 Les objectifs et le contenu de la thèse.....	15
CHAPITRE II	
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN INDIVIDUALS WITH SPINAL CORD INJURIES: CURRENT RESEARCH AND FUTURE TRENDS	17
Résumé.....	21
Abstract	22
Introduction.....	23
Method	24
Literature search and study selection	24

Results	24
Description of the studies and prevalence of PTSD in the SCI population	24
Risk factors associated with the development of PTSD	25
Pretraumatic risk factors	27
Peritraumatic risk factors	27
Posttraumatic risk factors	29
Summary of the findings on risk factors	30
Limitations of the reviewed studies and recommendations for future research	31
PTSD assessment	32
Study design	32
Investigation of risk factors	33
Statistical analyses	34
Clinical implications	35
Conclusion	35
References	37
CHAPITRE III	
RISK FACTORS FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE SPINAL CORD INJURED POPULATION	55
Résumé	59
Abstract	60
Introduction	61
Prevalence of PTSD in the SCI population	61
Pretraumatic factors	62
Peritraumatic factors	62
Posttraumatic factors	63
Method	65
Participants	65
Measures	65
Diagnoses of posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders	65
Measures of sociodemographic, medical and pretraumatic variables	66

Measures of peritraumatic variables.....	66
Measures of posttraumatic variables	67
Procedure.....	68
Data analysis	68
Results.....	69
Characteristics of the sample	69
Prevalence of full PTSD, partial PTSD and PTSD symptomatology	69
Simple regression analysis	70
Linear regression analysis for number of PTSD symptoms.....	70
Discussion	70
Representativeness of the sample.....	71
Risk factors	71
Methodological limitations	74
Clinical implications	74
References.....	76
CHAPITRE IV	
PERITRAUMATIC DISSOCIATION AS A MEDIATOR OF	
PERITRAUMATIC DISTRESS AND PTSD	87
Résumé.....	91
Abstract	92
Introduction.....	93
Method	95
Participants	95
Measures	95
Mesures of sociodemographic variables	95
Diagnoses of posttraumatic stress disorder	95
Measure of peritraumatic dissociation	96
Measure of peritraumatic distress	96
Procedure.....	96
Data analyses.....	97
Research design.....	97
Results	97

Prevalence of full PTSD and partial PTSD	97
Mediational analysis	98
Discussion.....	98
References	101
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	107
5.1 L'état de la littérature sur la prévalence et les facteurs de risque associés à l'état de stress post-traumatique chez la population BM.....	107
5.2 La synthèse et l'interprétation des résultats du programme de recherche.....	108
5.2.1 La prévalence de l'ÉSPT chez la population BM.....	108
5.2.2 Les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez la population BM	110
5.2.2.1 Les réactions péritraumatiques	110
5.2.2.2 L'intolérance à l'incertitude	111
5.2.2.3 Les antécédents d'événements traumatiques	113
5.2.3 Les facteurs de risque non significatifs	114
5.2.3.1 Le soutien social	114
5.2.3.2 Les variables reliées à la sévérité de la BM.....	115
5.3 Un modèle explicatif de l'ÉSPT	116
5.3.1 Le modèle cognitif de l'ÉSPT d'après Ehlers et Clark.....	116
5.3.1.1 L'évaluation négative du trauma et de ses conséquences	119
5.3.1.2 La nature du souvenir de l'événement traumatique.....	119
5.3.1.3 Les stratégies pour contrôler le danger perçu et les symptômes	120
5.3.1.4 Le traitement cognitif pendant le trauma	121
5.3.1.5 Les caractéristiques de l'événement traumatique, les expériences antérieures et l'état de l'individu	121
5.3.1.6 L'intégration de l'intolérance à l'incertitude au modèle d'Ehlers et Clark	122
5.4 Les implications cliniques des résultats.....	122
5.4.1 Le dépistage	123
5.4.2 La prévention secondaire	125

5.4.3	La prévention tertiaire	126
5.5	Quelques considérations méthodologiques	127
5.5.1	Les limites du programme de recherche	127
5.5.2	Les forces du programme de recherche.....	128
5.6	Des pistes de recherche	129
5.7	Transfert des connaissances	132
5.8	Conclusion générale	132
APPENDICE A		
	CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	133
APPENDICE B		
	TABLEAU RÉSUMANT LES FACTEURS DE RISQUE DE L'ÉSPT IDENTIFIÉS DANS DEUX MÉTA-ANALYSES	137
APPENDICE C		
	MODÈLE EXPLICATIF DES LIENS ENTRE L'EXPOSITION À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE, L'ÉSPT ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ SELON SCHNURR ET GREEN (2004)	141
APPENDICE D		
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE	145
APPENDICE E		
	ENTREVUE CLINIQUE ET QUESTIONNAIRES	151
APPENDICE F		
	ACUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES.....	247
APPENDICE G		
	CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES ÉTABLISSEMENTS DU CRIR	253
	BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	257

--

-

-

-

—

—

—

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE II

Tableau 1	Descriptive data of reviewed studies.....	42
Tableau 2	Summary of pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors for PTSD in the SCI population	52

CHAPITRE III

Tableau 1	Characteristics of the sample.....	83
Tableau 2	Correlations among predictors and outcome variable.....	85
Tableau 3	Hierarchical linear regression analysis for the prediction of number of clinical PTSD symptoms	86

CHAPITRE IV

Figure 1	Mediating role of peritraumatic dissociation in explaining the relation between peritraumatic distress and PTSD severity	101
----------	--	-----

CHAPITRE V

Figure 5.1	Adaptation du modèle d'Ehlers et Clark	105
------------	--	-----

APPENDICES

Tableau B.1	Tableau résumant les facteurs de risque de l'ÉSPT identifiés dans deux méta-analyses	139
Figure C.1	Modèle explicatif des liens entre l'exposition à un événement traumatique, l'ÉSPT et les problèmes de santé selon Schnurr et Green (2004)	143

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ASIA	American Spinal Injury Association
BM	Blessé médullaire
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ISR	Initial Subjective Reaction Scale
IUS	Intolerance of Uncertainty Scale
PDEQ	Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire
PTSD	Posttraumatic stress disorder
SCI	Spinal cord injury
SCID	Structured Clinical Interview
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAA	Trauma Assessment for Adults

RÉSUMÉ

La blessure médullaire constitue un événement potentiellement traumatique qui peut engendrer des difficultés de stress importantes, comme un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Le développement de réactions de stress chez les victimes d'une blessure médullaire pourrait avoir un impact négatif considérable sur le processus de réadaptation. Dans ce contexte, il importe de documenter la présence de l'ÉSPT et des facteurs de risque qui y sont associés, puisque les réactions de stress chez cette population demeurent méconnues. Cette étude rétrospective examine la prévalence de l'ÉSPT et les facteurs de risque associés à son développement dans la population BM. Pour ce faire, 83 participants ont été recrutés à la clinique externe de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Une entrevue a été menée et des questionnaires portant sur les symptômes de l'ÉSPT et sur les facteurs de risque potentiels ont été administrés.

Le chapitre I présente les caractéristiques cliniques de l'ÉSPT et de la blessure médullaire et explique la pertinence d'étudier ce trouble dans cette population.

Le chapitre II se compose d'un article théorique recensant la littérature scientifique sur la prévalence de l'ÉSPT dans la population BM et les facteurs prévisionnels pouvant influencer son développement.

Le chapitre III comprend un article empirique qui tente d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque associés au développement de l'ÉSPT chez une population BM. La prévalence de l'ÉSPT complet est de 11 %, tandis que 20 % des participants remplissent les critères de l'ÉSPT partiel. Les antécédents d'événements traumatiques, les réactions péritraumatiques et l'intolérance à l'incertitude apparaissent comme les facteurs de risque les plus saillants de l'ÉSPT.

Le chapitre IV consiste en un deuxième article empirique portant sur le rôle médiateur de la dissociation péritraumatique dans la relation entre la détresse péritraumatique et l'ÉSPT. Les résultats montrent que la dissociation péritraumatique est un médiateur partiel de la relation entre la détresse péritraumatique et les symptômes d'ÉSPT.

Finalement, le chapitre V présente une discussion générale des résultats de la thèse ainsi que des implications cliniques, des considérations méthodologiques et des pistes de recherche qui en découlent. Les facteurs de risque identifiés dans cette étude pourraient être utilisés pour dépister les patients susceptibles de développer un ÉSPT dès la réadaptation. Des stratégies de prévention secondaire et tertiaire pourraient également être développées à partir des résultats de la présente étude. Cela pourrait contribuer à diminuer les séquelles psychologiques découlant de la blessure médullaire et prévenir la chronicisation des réactions de stress.

Mots clés : état de stress post-traumatique, blessure médullaire, lésion à la moelle épinière, facteurs de risque, prédicteurs, facteurs prévisionnels.

- -- - - - - - - - - -

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 La mise en contexte

Il est étonnant de constater que relativement peu d'études se sont penchées sur la possibilité qu'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) puisse se développer à la suite d'une blessure médullaire. Pourtant, les blessures médullaires sont habituellement causées par des événements qui sont reconnus comme pouvant causer l'ÉSPT, par exemple, les accidents de la route et les actes de violence (Breslau et coll., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995; Kessler et coll., 2005). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revised)* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000), un événement traumatique doit avoir impliqué soit des menaces de mort, des blessures graves ou une menace à l'intégrité physique de soi ou de quelqu'un d'autre, ainsi qu'avoir entraîné des sentiments d'horreur, de peur intense ou d'impuissance. Dans le cas d'une blessure médullaire, ces deux conditions sont généralement présentes, puisque la victime a la plupart du temps perçu une menace à sa vie, en plus d'avoir été sérieusement blessée, et a également souvent été témoin de blessures graves ou de la mort d'une autre personne au cours de l'événement qui a causé la blessure médullaire. De plus, l'événement menant à la blessure médullaire peut avoir causé de l'horreur, de la peur intense ou un sentiment d'impuissance, tout comme la paralysie résultant du traumatisme et l'impact de cette paralysie sur sa propre vie ainsi que sur celle de ses proches. Les différentes expériences potentiellement traumatiques liées à cette condition médicale, que ce soit l'étiologie même de la lésion, la perte d'un être cher durant l'événement ou la perte d'autonomie liée à la paralysie résultant de l'événement, suggèrent l'importance de l'étude de l'ÉSPT chez cette population. Le présent chapitre comprend d'abord la description des caractéristiques cliniques de l'ÉSPT. Des statistiques sur la prévalence de ce trouble dans la population générale ainsi que sur les facteurs de risque concernant des populations ayant vécu divers

événements traumatiques sont ensuite rapportées. La blessure médullaire est subséquemment décrite. La pertinence de l'étude de l'ÉSPT chez cette population et des facteurs de risque qui y sont associés y est exposée par la présentation de données sur la prévalence de l'ÉSPT à la suite d'une blessure physique et sur l'impact de l'ÉSPT sur la santé.

1.2 L'état de stress post-traumatique

1.2.1 La définition et les critères diagnostiques de l'ÉSPT

L'ÉSPT constitue une réaction de stress pouvant se développer à la suite d'un événement répondant aux critères d'événement traumatique énumérés précédemment. Outre le fait d'avoir été exposé à un événement traumatique, le DSM-IV-TR (APA, 2000) stipule que, pour établir un diagnostic d'ÉSPT, trois autres catégories de symptômes doivent être présentes : 1) les reviviscences, 2) l'évitement des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité et 3) l'hyperactivation neurovégétative. Les symptômes de reviviscence peuvent se manifester par des souvenirs ou des rêves répétitifs qui engendrent de la détresse, une impression que l'événement va se reproduire, ainsi qu'un sentiment de détresse intense ou des réactions physiques lors de l'exposition à des éléments qui rappellent l'événement. Au moins une de ces manifestations doit être constatée pour conclure à la présence de cette catégorie de symptômes. En ce qui concerne l'évitement des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité, cela peut se manifester par des efforts pour éviter les pensées, les sentiments, les activités, les lieux ou les gens associés à l'événement, par une incapacité à se rappeler certains aspects importants de l'événement ou par une baisse d'intérêt pour les activités qui avaient une importance avant l'événement traumatique. Il est également possible d'observer un sentiment de détachement ou une restriction des affects ainsi qu'un sentiment d'avenir bouché. Au moins trois de ces manifestations sont nécessaires pour conclure à la présence de cette catégorie. La catégorie des symptômes d'hyperactivation neurovégétative peut se traduire par des difficultés de sommeil, de l'irritabilité ou des accès de colère, des difficultés de concentration, de l'hypervigilance ou des réactions de sursaut exagérées. Au moins deux de ces symptômes doivent être constatés pour affirmer que cette catégorie est présente. Finalement, les trois catégories de symptômes doivent être présentes au moins un mois et doivent entraîner une

détresse significative dans un domaine important du fonctionnement de la personne pour qu'un diagnostic d'ÉSPT soit posé. L'ÉSPT est qualifié d'aigu si les symptômes ne perdurent pas plus de trois mois et de chronique s'ils excèdent trois mois. L'ÉSPT peut également apparaître de façon différée si les symptômes se manifestent plus de six mois après l'événement traumatique. Les critères diagnostiques de l'ÉSPT sont définis à l'appendice A.

1.2.2 Les critères diagnostiques de l'ÉSPT partiel

Si le diagnostic de l'ÉSPT requiert la présence d'un nombre minimal de symptômes dans trois catégories spécifiques, certains auteurs suggèrent qu'un ÉSPT partiel pourrait avoir des impacts cliniquement significatifs qu'il importe de considérer (Weiss, et coll., 1992). En effet, il est possible que certaines personnes puissent ressentir de la détresse et avoir un fonctionnement diminué dans des aspects importants de leur vie sans toutefois remplir tous les critères diagnostiques de l'ÉSPT complet. Plusieurs définitions d'ÉSPT partiel ont en ce sens été proposées. Blanchard, Hickling, Taylor, Loos et Gerardi (1994) ainsi que Schutzwahl et Maercker (1999) considèrent un ÉSPT partiel lorsque le critère diagnostique des reviviscences est présent, accompagné du critère de l'évitement ou du critère de l'hyperactivation. D'autres auteurs concluent à un ÉSPT partiel lorsqu'il existe au moins un symptôme d'intensité clinique dans chacune des trois catégories (Schnurr, Friedman, & Rosenberg, 1993; Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). Il apparaît d'autant plus important de clarifier la définition de l'ÉSPT partiel que des études ont démontré que même un diagnostic partiel peut affecter de façon significative le fonctionnement quotidien d'un individu (Marshall, et coll., 2001; Schutzwahl & Maercker, 1999; Stein, et coll., 1997). Ces études supportent donc l'idée d'intégrer l'ÉSPT partiel comme une condition clinique d'importance. Il en ressort également que, en ce qui concerne les individus qui éprouveraient des difficultés, leur nombre serait plus grand que ce qui est suggéré dans les études qui considèrent seulement l'ÉSPT complet.

1.2.3 La prévalence de l'ÉSPT dans la population générale

Les événements traumatiques sont fréquents dans la société d'aujourd'hui. En fait, entre 55 % et 90 % des gens vivront au moins un événement traumatique durant leur vie (Breslau, et coll., 1998; Kessler, et coll., 1995; Kessler, et coll., 2005). Au Canada, les

événements traumatiques les plus fréquents sont la mort soudaine d'un proche (41%), être victime d'une agression à caractère sexuel (33%), être témoin de la mort ou témoin de blessures graves chez un individu (32%), être victime d'un accident de la route (18%), apprendre que quelqu'un d'autre a été victime d'un événement traumatique (17%), avoir été menacé avec une arme (16%) et avoir été impliqué dans une catastrophe naturelle majeure (15% ; Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Parmi tous les individus qui vivront un événement traumatique, tous ne développeront pas un ÉSPT. La prévalence à vie de ce trouble dans la population générale se situe à environ 7 % (Kessler, et coll., 2005) aux États-Unis. Au Canada, on estime que 76 % des gens seront exposés à un événement traumatique au cours de leur vie, tandis que la prévalence à vie de l'ÉSPT est estimée à 9 % (Van Ameringen, et coll., 2008).

1.2.4 Les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez diverses populations

Les données sur la prévalence de l'ÉSPT démontrent bien que, même si une majorité de gens sont exposés à un événement traumatique au cours de leur vie, tous ne développent pas un ÉSPT. Il semble en effet que les gens ne courent pas tous le même risque de développer un ÉSPT et peuvent avoir des réactions post-traumatiques variées. Dans ce contexte, il importe de pouvoir identifier et comprendre les variables qui influenceront sur le développement et le maintien de l'ÉSPT. Il est nécessaire de déterminer ce qui différencie les gens qui auront des conséquences psychologiques à long terme de ceux qui s'adapteront à ce qu'ils ont vécu au bout de quelque temps. L'identification des variables modulant les réactions post-traumatiques permet d'une part l'identification plus rapide des gens susceptibles de développer un ÉSPT et, d'autre part, l'établissement de meilleures stratégies de prévention et de traitement. Tout au long de cette thèse, lorsque ce sera applicable, les facteurs de risque (ou prédicteurs ou facteurs prévisionnels) de l'ÉSPT seront présentés en trois catégories, soit les facteurs de risque prétraumatiques (préexistants au trauma), les facteurs de risque péritraumatiques (survenant durant ou immédiatement après le trauma ou étant des caractéristiques du trauma) et les facteurs de risque post-traumatiques (survenant après le trauma). Différents auteurs (voir King, Vogt, & King, 2004; Martin, Germain & Marchand, 2006) utilisent cette catégorisation des facteurs de risque, laquelle est utile pour la comparaison des facteurs de risque entre les études. Notons que le protocole de la majorité

des études recensées dans cette thèse ainsi que le protocole de la présente thèse ne permettent pas d'inférence de causalité entre les facteurs de risque et l'ÉSPT. Les termes « facteur de risque » et « prédicteur » seront plutôt utilisés en référence à une association entre deux variables.

Nous présentons dans la prochaine section les résultats de deux méta-analyses portant sur les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez des populations ayant vécu divers événements traumatiques. Présentée ci-dessous, la liste des facteurs de risque associés à l'ÉSPT n'est pas exhaustive.

Deux méta-analyses récentes se sont penchées sur les facteurs de risque (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) et sur les prédicteurs associés à l'ÉSPT (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Brewin et ses collègues (2000) ont inclus dans leur méta-analyse 14 facteurs de risque pour l'ÉSPT, soit le genre, l'âge au moment de l'événement traumatique, le statut socio-économique, l'éducation, l'intelligence, la race, les antécédents de troubles psychiatriques, les abus vécus durant l'enfance, les événements traumatiques antérieurs, les expériences négatives vécues durant l'enfance (excluant les abus), l'histoire familiale de troubles psychiatriques, la sévérité du traumatisme, la présence d'événements stressants ultérieurement à l'événement traumatique et le soutien social post-traumatique. Ils ont également étudié l'effet modérateur de plusieurs variables reliées aux échantillons et aux caractéristiques des différentes études incluses dans la méta-analyse, comme le type de population (civile ou militaire), la façon dont l'ÉSPT était mesuré et le type de devis de l'étude (rétrospectif versus prospectif). Cette première méta-analyse indique que les 14 facteurs inclus sont des prédicteurs significatifs de l'ÉSPT. De plus, les variables péritraumatiques et les variables post-traumatiques, comme la sévérité du traumatisme ($r = .23$), le manque de soutien social ($r = .40$) et la présence d'événements stressants ultérieurement à l'événement traumatique ($r = .32$), ont un effet plus marqué que les variables prétraumatiques.

La deuxième méta-analyse effectuée par Ozer et ses collègues (2003) a ciblé les sept prédicteurs suivants : la présence de traumatismes antérieurs, les antécédents de troubles psychiatriques, l'histoire familiale de troubles psychiatriques, la perception de menace à la

vie durant l'événement traumatique, le soutien social perçu à la suite de l'événement traumatique, les émotions péritraumatiques et la dissociation péritraumatique. Tout comme dans l'étude de Brewin et ses collègues (2000), l'ensemble des prédicteurs inclus dans l'analyse se sont avérés significatifs. Les prédicteurs les plus importants sont la dissociation péritraumatique ($r = .35$), le soutien social perçu ($r = -.28$), les émotions péritraumatiques ($r = .26$) et la menace à la vie perçue durant l'événement ($r = .26$).

Tel qu'en témoignent les résultats de ces deux méta-analyses, les variables péritraumatiques semblent être des facteurs de risque déterminants dans le développement de l'ÉSPT. Plus spécifiquement, les réactions péritraumatiques ont fait l'objet de nombreuses études au cours des dernières années. Ces réactions englobent la détresse péritraumatique et la dissociation péritraumatique. La détresse péritraumatique fait référence aux émotions négatives (p.ex., peur intense, horreur, impuissance, honte, culpabilité), ainsi qu'aux réactions physiologiques d'anxiété pouvant être vécues durant un événement traumatique ou dans les instants qui suivent (p.ex., tremblements, transpiration, palpitations cardiaques) (Fikretoglu et coll., 2006). La dissociation péritraumatique se définit quant à elle par une altération de l'état de conscience au moment d'un événement traumatique ou dans les instants qui suivent, durant laquelle il peut y avoir des expériences de dépersonnalisation, de déréalisation, une amnésie, une impression d'être déconnecté émotionnellement ou une impression que le temps passe plus vite ou plus lentement (APA, 2000). Bien que la recherche scientifique semble démontrer une association constance entre les réactions péritraumatiques et l'ÉSPT, le lien entre la détresse péritraumatique et la dissociation péritraumatique ainsi que leur impact différentiel sur l'ÉSPT demeurent à investiguer. En effet, certains auteurs font l'hypothèse que la dissociation péritraumatique protège l'individu des réactions d'anxiété trop fortes (van der Kolk & van der Hart, 1989) tandis que d'autres suggèrent plutôt que la dissociation péritraumatique soit la conséquence d'une détresse péritraumatique trop intense (Bernat, Rondfelt, Calhoun, & Arias, 1998 ; Friedman, 2000 ; Marmar et coll., 1999). La relation entre la détresse péritraumatique et la dissociation péritraumatique reste à clarifier.

Si les résultats de ces deux méta-analyses suggèrent une importance particulière des variables péri et post-traumatiques, en particulier la dissociation péritraumatique et le soutien

social, il faut prendre en considération l'hétérogénéité de ces variables, comme l'ont d'ailleurs mentionné les auteurs de ces méta-analyses. L'effet de certaines variables fluctue en fonction du devis de l'étude, de la population étudiée et des instruments utilisés pour mesurer les variables et diagnostiquer l'ÉSPT. Il est donc important de se demander si ces facteurs sont généralisables aux différentes populations et aux différents types d'événements traumatiques. De plus, comme nous le décrirons plus loin et bien que ce facteur ne soit pas inclus dans les méta-analyses rapportées ci-dessus, plusieurs études ont identifié le fait d'être blessé durant un événement traumatique (voir O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder, & Shalev, 2003 pour une recension de ces études) comme un facteur de risque de l'ÉSPT, ce qui s'avère évidemment d'intérêt particulier dans la population blessée médullaire (BM). Le tableau B.1 résume les données sur les facteurs de risque de l'ÉSPT identifiés dans les deux méta-analyses précédemment citées (voir appendice B).

1.3 La spécificité de la blessure médullaire

1.3.1 Qu'est-ce qu'une blessure médullaire?

La blessure médullaire est certainement parmi les blessures les plus sévères à laquelle une personne puisse survivre. Elle constitue un dommage à la moelle épinière, elle-même responsable de la transmission d'informations entre le cerveau et les différentes parties du corps. Il s'ensuit donc une perte complète ou une altération de la sensibilité et des fonctions motrices de la portion du corps située en dessous du niveau de la lésion. Les conséquences physiques sont nombreuses et complexes. En plus des conséquences sur les fonctions motrices et sensorielles de l'individu, la blessure médullaire empêche le bon fonctionnement des systèmes urinaire, intestinal, sexuel ainsi que du système de contrôle de température corporelle de l'individu, en plus de pouvoir provoquer des douleurs neurogènes et des problèmes de spasticité très incommodants. À long terme, la blessure médullaire peut nuire à la masse musculaire, à la densité osseuse et aux systèmes cardiovasculaire, pulmonaire et hormonal. L'ampleur des séquelles physiques post-blessure est déterminée par le niveau neurologique de la lésion ainsi que par l'étendue de celle-ci (complète ou incomplète). En ce qui concerne le niveau neurologique de la lésion, notons qu'une *paraplégie* touche les segments thoraciques (T1 à T12), lombaires (L1 à L5) ou sacrés (S1 à S5) de la moelle

épineière et affecte ainsi les membres inférieurs de l'individu. Une *tétraplégie* résulte d'une lésion au niveau cervical de la moelle épinière (C1 à C8) et affecte aussi bien les membres supérieurs qu'inférieurs. Une lésion *complète* signifie une absence totale de sensibilité et de fonction motrice aux parties du corps situées en dessous de la lésion. Dans le cas d'une lésion *incomplète*, seule une partie de la moelle épinière est endommagée, ce qui implique la possibilité de sensibilité ou d'une activité motrice aux parties du corps situées en dessous de la lésion.

Les séquelles et les handicaps dépendront du niveau exact de l'atteinte neurologique. Nous présentons ci-dessous la fonctionnalité des lésions complètes selon l'atteinte neurologique. L'information provient de Sie et Waters (2003). Une lésion cervicale de niveau C1-C3 paralyse les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que les muscles du diaphragme, des épaules et du cou. Compte tenu de la paralysie des muscles du diaphragme, la personne dépend d'un ventilateur qui assure une respiration artificielle. Elle peut se déplacer à l'aide d'un fauteuil électrique qu'elle fait fonctionner grâce à un dispositif permettant le contrôle avec la tête, la bouche ou le menton. Toutes les activités quotidiennes d'hygiène personnelle (se nourrir, s'habiller, se laver) ou domestique (faire le ménage, le lavage, préparer la nourriture) sont compromises et nécessitent l'aide d'une tierce personne. Une aide pour effectuer le transfert du fauteuil au lit ou à la voiture est nécessaire. Il arrive que ce type de lésion affecte la possibilité de parler normalement. Dans ce cas, des technologies permettant la communication à l'aide d'un ordinateur sont disponibles. Une lésion cervicale de niveau C4 préserve pour sa part le mouvement de la tête, du cou et parfois le haussement des épaules. Les membres inférieurs et le reste des membres supérieurs sont paralysés. Si la personne atteinte peut initialement avoir besoin d'une aide respiratoire, la respiration devient la plupart du temps possible sans aide extérieure. Le fauteuil roulant électrique est nécessaire ainsi qu'une assistance totale pour les soins d'hygiène personnelle et domestique. Les lésions de niveau C5 permettent les mouvements de la tête, du cou, le contrôle des épaules, ainsi que la possibilité de fléchir les coudes. Les membres inférieurs et le reste des membres supérieurs sont paralysés. L'utilisation d'un fauteuil roulant manuel est parfois possible sur de courtes distances, selon la force et l'endurance de la personne. Une aide complète est requise pour les soins d'hygiène domestique ainsi que pour les transferts. Certains soins d'hygiène

personnelle peuvent être effectués avec l'aide d'équipements spéciaux. La fonctionnalité des personnes atteintes de lésion de niveau C6 est très similaire à celle des personnes ayant une lésion de niveau C5. Elles peuvent cependant fléchir leurs poignets. Certaines personnes arrivent à faire leurs transferts par elles-mêmes, mais elles requièrent habituellement une planche de glissement. Pour ce qui est des lésions de niveau C7-C8, le mouvement de la tête, du cou, des épaules, la flexion et l'extension des coudes et des poignets ainsi que le mouvement partiel des doigts sont préservés. Le fauteuil roulant manuel peut être utilisé et la personne peut faire ses transferts de façon indépendante. La personne atteinte peut également assumer la majorité des soins d'hygiène personnelle et domestique.

La paraplégie est également liée à des niveaux neurologiques variés et à des handicaps différents. Si une lésion aux segments thoraciques (T1-T12) entraîne une paralysie des membres inférieurs, le niveau précis de la lésion peut ajouter une atteinte plus ou moins étendue des muscles de soutien du dos, laquelle peut compromettre l'équilibre dans le fauteuil roulant. Une lésion de niveau lombaire (L1 à L5) peut entraîner, selon son niveau exact, une paralysie des muscles jambiers, des quadriceps et des releveurs du pied, ce qui peut confiner l'individu au fauteuil roulant ou au contraire lui permettre de marcher avec des orthèses ou de se déplacer librement avec un pied tombant. Une lésion aux niveaux sacrés (S1 à S5) peut se limiter à une paraplégie de l'arrière des jambes, des cuisses, des fesses ainsi qu'aux petits orteils et aux talons, permettant à l'individu de marcher.

1.3.2 Les données épidémiologiques sur les blessures médullaires au Canada

L'Association canadienne des paraplégiques (2011) estime qu'au Canada le nombre de personnes atteintes d'une blessure médullaire est d'environ 36 000 et qu'environ 1050 nouvelles personnes sont blessées chaque année. Au Québec, il y aurait environ 100 nouveaux cas de blessure médullaire par année. Les données révèlent que 81 % des nouvelles personnes atteintes seraient des hommes âgés entre 18 et 34 ans. La majorité des blessures (54,7 %) seraient causées par des accidents de la route (automobiles et motocyclettes), tandis que les chutes seraient la deuxième plus importante cause de blessures en terme de fréquence (17,7 %). Les accidents de travail, les accidents de sport, les actes de violence et les causes de nature médicale (maladie ou intervention chirurgicale) expliqueraient la proportion restante

des blessures médullaires (27.6%). Ces données contrastent avec celles des États-Unis où, selon le Spinal Cord Injury Information Network (SCIIN, 2010), 27 % des blessures médullaires sont le résultat d'actes de violence. Selon des données amassées en 1999 au Canada, 53 % des nouvelles blessures auraient entraîné une paraplégie et 47 % une tétraplégie. Pour les deux types de lésions confondus, il y aurait de plus en plus de lésions incomplètes, ce qui pourrait s'expliquer par une amélioration des traitements médicaux d'urgence.

1.3.3 La pertinence de l'étude de l'ÉSPT chez la population BM

1.3.3.1 La prévalence de l'ÉSPT à la suite d'une blessure physique

La possibilité de développer un ÉSPT à la suite d'une blessure physique est récemment devenue un sujet d'intérêt dans la littérature scientifique. D'une part, il semble que la présence d'un ÉSPT peut nuire au processus de réadaptation (Martz & Cook, 2001; Williams, 1997). D'autre part, certains auteurs suggèrent que le fait de devoir vivre avec une séquelle physique permanente peut agir comme stimulus déclenchant les symptômes de reviviscence associés à l'ÉSPT (Mart & Cook, 2001; Miller, 1998, p. 125), stimulus dont l'individu ne peut évidemment jamais se distancier. De plus, les avancées de la médecine en ce qui a trait aux soins offerts aux patients en traumatologie font en sorte que le taux de survie des patients sévèrement blessés augmente avec les années. Conséquemment, les professionnels de la santé doivent gérer les conséquences psychologiques de blessures sévères dans l'optique d'offrir à leurs patients les meilleurs services de réadaptation. Les données sur la prévalence de l'ÉSPT à la suite d'une blessure physique varient grandement, mais elles suggèrent néanmoins l'importance de cette variable. Dans une recension récente des écrits scientifiques sur les réactions de stress post-traumatique en réponse à une blessure physique, O'Donnell et ses collègues (2003) relèvent des taux d'ÉSPT entre 17,5 % et 42 % de 1 à 6 mois après la blessure (Bryant & Harvey, 1998; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Michaels, et coll., 1999; Shalev, et coll., 1998) et entre 2 % et 36 % 12 mois après la blessure (Blanchard, Hickling, Taylor, & Loos, 1995; Ehlers, et coll., 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Schnyder, Moergeli, Klaghofer, & Buddeberg, 2001; Zatzick, et coll., 2002). Plusieurs facteurs peuvent expliquer la variabilité observée dans les études, notamment la difficulté à

différencier les symptômes causés par la blessure physique de ceux causés par l'ÉSPT et l'utilisation d'entrevues cliniques structurées dans certaines études (versus l'utilisation de questionnaires autorapportés) qui mène habituellement à des niveaux d'ÉSPT plus faibles (O'Donnell, et coll., 2003). De plus, la disparité observée dans les types d'événements ayant causé la blessure ainsi que dans la sévérité de la blessure elle-même joue sans doute un rôle dans la variabilité des prévalences rapportées (Thombs, Fauerbach, & McCann, 2005).

1.3.3.2 L'impact de l'ÉSPT sur la santé

La communauté scientifique s'intéresse de plus en plus aux liens entre l'exposition à un événement traumatique, l'ÉSPT et la santé. Bien que les études actuelles ne permettent pas d'établir de liens causaux, des associations constantes entre ces trois variables indiquent l'importance de poursuivre les études dans ce domaine qui est à un stade exploratoire. En effet, il semble que les gens exposés à des événements traumatiques rapportent plus de problèmes de santé et plus de symptômes physiques que les autres. Ils ont également plus de difficultés fonctionnelles et ont un pronostic moins favorable lorsqu'ils sont malades (Green & Kimerling, 2004). Il apparaît également que cette association serait confirmée par des indicateurs objectifs de santé physique et que l'ÉSPT (pour qui les mêmes associations sont observées) pourrait agir comme médiateur de la relation entre l'exposition à un événement traumatique et la santé (Green & Kimerling, 2004). En se basant sur une recension exhaustive des écrits scientifiques sur le sujet, Schnurr et Green (2004) ont développé un modèle explicatif des liens entre l'exposition à un événement traumatique, l'ÉSPT et les problèmes de santé. Ces auteurs proposent que l'ÉSPT ait un impact sur la santé à travers différents mécanismes psychologiques, biologiques, attentionnels et comportementaux. Le modèle proposé par Schnurr et Green (2004) est présenté à l'appendice C (figure C.1). Ce modèle stipule un effet cumulatif et interactif des différents mécanismes psychologiques, biologiques, attentionnels et comportementaux.

D'abord, au point de vue psychologique, les auteurs identifient la dépression, l'anxiété, les réactions dissociatives, l'hostilité, ainsi que les stratégies de *coping* centrées sur les émotions (p. ex., l'évitement) plutôt que sur les problèmes, comme des variables associées à l'ÉSPT, qui ont des associations reconnues avec certains problèmes de santé tels que les

maladies cardiovasculaires et les maladies de type somatoforme.

Pour ce qui est des mécanismes biologiques, il semble que deux systèmes neurobiologiques primaires impliqués dans la réponse au stress seraient altérés chez une personne souffrant d'ÉSPT, soit l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénal (HPA) et le système adrénergique (Friedman & McEwen, 2004). Selon ces auteurs, l'impact précis de l'altération de ces deux systèmes chez les personnes souffrant d'ÉSPT demeure à clarifier, mais il semble y avoir une action sur les systèmes immunitaire, nerveux et endocrinien.

En ce qui concerne les mécanismes attentionnels proposés dans le modèle, Schnurr et Green (2004) expliquent que l'exposition à un événement traumatique et le fait de souffrir d'un ÉSPT sont associés aux plaintes de nature somatique et à la demande de soins médicaux. Plusieurs explications à ce phénomène sont proposées : des changements biologiques résultant du trauma, la concentration sur les symptômes somatiques comme stratégie d'évitement des pensées ou émotions négatives reliées au trauma ou encore l'utilisation des plaintes somatiques comme moyen d'obtenir du soutien social (Pennebaker, 2000). Il pourrait également y avoir eu un pairage entre certains symptômes physiques d'anxiété présents durant l'événement traumatique qui déclencheraient maintenant une perception de danger ou de menace à la vie et inciterait un individu à croire que ses symptômes physiques requièrent une attention médicale (Resnick et coll., 1997). Les mécanismes attentionnels pourraient aussi comprendre la tendance à somatiser qui est associée à l'ÉSPT (Engel, 2004) ainsi que, paradoxalement à ce qui est rapporté précédemment, la tendance à ignorer, par un mécanisme s'apparentant à la dissociation, la douleur ou certains symptômes physiques.

Enfin, les mécanismes comportementaux inclus dans le modèle font référence aux comportements de santé à risque. L'exposition à un événement traumatique et l'ÉSPT sont reliés à une augmentation des comportements à risque, comme le tabagisme, l'abus de drogue et d'alcool, les comportements sexuels à risque, l'adoption d'un mode de vie sédentaire et l'obésité (Rheingold, Acierio, & Resnick, 2004). Ces auteurs suggèrent que les comportements à risque se développent et se maintiennent à cause de leur capacité de réduire à court terme la détresse post-traumatique associée aux reviviscences, aux comportements d'évitement et à l'hyperactivation.

Il va de soi que l'impact de l'ÉSPT sur la santé des individus ayant vécu un événement traumatique qui a engendré une blessure physique doit être évalué avec précaution. Par contre, on peut émettre l'hypothèse que l'impact de l'ÉSPT sur la santé sera d'autant plus important chez les gens ayant été blessés durant un événement traumatique, puisque celui-ci s'ajoutera à celui de la blessure découlant de l'événement traumatique.

1.3.3.3 La pertinence de ces données chez la population BM

Les données sur la prévalence de l'ÉSPT chez les personnes ayant subi certaines blessures physiques ainsi que sur l'impact de l'ÉSPT sur la santé suggèrent la pertinence d'étudier cette condition chez la population BM. Les effets de l'ÉSPT sur la santé sont susceptibles d'avoir des conséquences encore plus importantes dans cette population pour qui l'événement traumatique a aussi eu des répercussions permanentes sur la santé. Par exemple, les mécanismes psychologiques et biologiques ayant des impacts sur les systèmes cardiovasculaire, immunitaire, nerveux et endocrinien qui sont affectés par l'ÉSPT pourraient s'avérer particulièrement dommageables chez la population BM chez qui ces systèmes sont déjà compromis à cause de la lésion. Certains mécanismes attentionnels et comportementaux pourraient aussi avoir des impacts majeurs. Entre autres, avoir tendance à éviter ou à ignorer des inconforts ou certaines douleurs physiques pourrait mener à une aggravation de conditions physiques potentiellement dangereuses, comme la dysrèflexie autonome et les plaies de pression.

En ce qui concerne les mécanismes comportementaux, l'adoption de comportements à risque chez la population BM est documentée comme étant associée à l'apparition de maladies chroniques, à une diminution de la qualité de vie ainsi qu'à une mort précoce. Krause, Carter et Pickelsimer (2009) ont identifié le tabagisme ainsi que la consommation excessive d'alcool comme des prédicteurs de mortalité chez les patients BM. Krause (2004) a également trouvé que le fait de rechercher des sensations fortes, d'abuser de l'alcool et de consommer des médicaments prescrits pour différents problèmes physiques ou psychologiques était associé à une augmentation des blessures physiques subséquentes à la blessure médullaire. Une autre étude a démontré que le nombre de cigarettes fumées dans une journée était relié à la présence de maladies cardiovasculaires, respiratoires et urinaires

(Davies & McColl, 2002). Chez la population BM, l'adoption de comportements à risque est reconnue comme pouvant être le reflet de difficultés d'adaptation à la BM (Krause et coll., 2009). Notons toutefois que l'impulsivité et le goût du risque sont des facteurs qui font que certaines personnes sont plus à risque d'être victime d'une BM (Krause, 2004 ; Krause et coll., 2009). Les jeunes hommes sont ainsi surreprésentés dans la population BM. Des études suggèrent en effet que plusieurs BM sont le fruit de comportements imprudents et que ces comportements tendent à persister après la BM (Fordyce, 1964). Ces mêmes auteurs mettent en garde contre la tendance du personnel en réadaptation à expliquer les comportements à risque de certains patients après une BM automatiquement par le fait qu'ils réagissent à leur condition. Les comportements à risque après une BM peuvent donc autant être des tentatives de gérer les émotions négatives que l'expression de traits de personnalité prétraumatiques.

En conclusion, plusieurs éléments suggèrent l'importance de l'étude de l'ÉSPT chez la population BM. D'une part, les événements causant les blessures médullaires sont reconnus comme des événements traumatiques pouvant mener à l'ÉSPT. En plus de l'événement causant la blessure médullaire comme telle, de nombreux aspects entourant le fait de survivre à cette condition physique peuvent répondre aux critères d'événement traumatique, comme celui de réaliser, durant ou après l'accident, son incapacité de bouger une partie de son corps. D'autre part, les données des études provenant de populations ayant survécu à différents types de blessures physiques sont concluantes et suggèrent des prévalences d'ÉSPT significatives. Finalement, malgré que la recherche sur l'impact de l'ÉSPT sur la santé physique soit actuellement à un stade embryonnaire, les données de recherche actuelles suggèrent qu'il puisse être d'autant plus important d'identifier l'ÉSPT chez les populations pour qui l'événement traumatique a engendré des blessures physiques et a fragilisé l'état de santé. Qui plus est, les symptômes caractéristiques de l'ÉSPT pourraient avoir un impact non négligeable sur le processus de réadaptation et son efficacité. Les patients souffrant d'un ÉSPT pourraient ne pas s'investir aussi pleinement dans ce processus s'ils sont aux prises avec des symptômes de reviviscence de l'événement traumatique et des symptômes d'hyperactivation qui sont exacerbés lorsqu'ils sont en contact avec des éléments leur rappelant l'événement traumatique. Ils pourraient alors développer des comportements d'évitement visant une diminution des symptômes dérangeants, ce qui pourrait nuire

significativement à leur progrès en réadaptation. Une appréciation de la prévalence et des facteurs de risque ayant un impact sur le développement de l'ÉSPT après une blessure médullaire pourra favoriser la mise en place de programmes de prévention et d'intervention adaptés à cette population.

1.4 Les objectifs et le contenu de la thèse

Cette thèse a été réalisée dans le but d'accroître les connaissances sur la présence de l'ÉSPT chez la population BM en identifiant la prévalence de l'ÉSPT dans cette population ainsi que les facteurs de risque qui peuvent augmenter la vulnérabilité à pouvoir développer ce trouble. Les objectifs de la thèse visent à : 1) réaliser une synthèse des écrits scientifiques portant sur la prévalence de l'ÉSPT et les facteurs de risque associés à son développement chez la population BM; 2) évaluer la fréquence de l'ÉSPT dans d'un échantillon de personnes BM de convenance; 3) identifier les facteurs de risque associés au développement de l'ÉSPT auprès de ce même échantillon. 4) examiner, à titre exploratoire le rôle médiateur de la dissociation péritraumatique dans la relation entre la détresse péritraumatique et l'ÉSPT. Le premier article de cette thèse consiste en une recension des écrits sur la prévalence et les facteurs de risque associés au développement de l'ÉSPT chez la population BM.

Un programme de recherche a été développé pour permettre l'atteinte des objectifs 2, 3 et 4 de cette thèse. Quatre-vingt-trois personnes BM ont accepté de participer à l'étude et ont été rencontrées dans un centre de réadaptation de la région de Montréal. Une entrevue diagnostique a permis d'évaluer la présence d'un diagnostic actuel ou passé d'ÉSPT, d'épisodes dépressifs majeurs, de trouble panique, d'agoraphobie, de trouble d'anxiété sociale, de phobie spécifique, de trouble obsessionnel compulsif et de trouble d'anxiété généralisée. Les antécédents d'événements traumatiques ainsi que certaines variables sociodémographiques et médicales ont également été recueillis. Enfin, des questionnaires mesurant différents facteurs de risque potentiels pour l'ÉSPT ont été soumis aux participants.

Le deuxième article rapporte les principaux résultats du programme de recherche qui visait à évaluer, de manière rétrospective, la prévalence de l'ÉSPT dans un échantillon de BM québécois ainsi que les facteurs de risque prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques pouvant contribuer à son développement. Le troisième article avait pour thème

le rôle médiateur de la dissociation péritraumatique entre la détresse péritraumatique et l'ÉSPT.

Le chapitre II de cette thèse comprend donc un article théorique intitulé « *Posttraumatic Stress Disorder in the Spinal Cord Injured Population: Current Studies and Future Trends* », qui a été soumis pour publication à la revue *Traumatology*.

Le chapitre III comprend quant à lui, le deuxième article de cette thèse qui rapporte les principaux résultats empiriques du programme de recherche. Cet article, qui s'intitule « *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in the Spinal Cord Injured Population* », est sous presse dans la revue *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*.

Le chapitre IV présente un second article empirique qui s'intitule « *Dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD : A retrospective, cross-sectional study* » et qui est sous presse dans le *Journal of Trauma and Dissociation*.

Le chapitre V est constitué d'une discussion générale sur les résultats du programme de recherche. Ce chapitre propose d'abord une synthèse des résultats de recherche présentés dans les deuxième et troisième articles empiriques de cette thèse. Un modèle explicatif de l'ÉSPT qui appuie les résultats obtenus est présenté. Par la suite, les implications cliniques des résultats sont discutées, ainsi que les forces et les faiblesses du programme de recherche. Finalement, des pistes de recherche sont proposées.

CHAPITRE II

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN INDIVIDUALS WITH SPINAL CORD
INJURIES: CURRENT RESEARCH AND FUTURE TRENDS
(ARTICLE 1)

Cet article a été soumis à la revue *Traumatology*

Posttraumatic Stress Disorder in Individuals with Spinal Cord Injuries:

Current Research and Future Trends

Catherine Otis, M. Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Frédérique Courtois, Ph. D.

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph. D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Résumé

La présente recension examine les études sur la prévalence et les facteurs de risque prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) chez la population blessée médullaire (BM). Des critères de sélection spécifiques ont été déterminés pour repérer les articles dans les bases de données. Les données sur la prévalence sont disparates, mais suggèrent néanmoins des taux d'ÉSPT équivalents ou supérieurs à ce qu'on retrouve chez des populations ayant vécu différents types d'événements traumatiques. La présente recension fait ressortir le rôle des antécédents d'événements traumatiques et du soutien social comme facteurs de risque significatifs dans le développement de l'ÉSPT chez la population BM. Certaines lacunes méthodologiques limitent cependant les conclusions pouvant être tirées à partir des études existantes. Des recommandations sont en ce sens proposées aux chercheurs. Elles incluent l'utilisation de devis prospectifs et longitudinaux ainsi que l'inclusion de variables ayant été identifiées comme des facteurs de risque importants dans d'autres populations de victimes d'événements traumatiques. Les implications cliniques des résultats sont aussi abordées.

Mots clés : état de stress post-traumatique, blessures médullaires, facteurs de risque, prédicteurs, troubles anxieux.

Abstract

The present article reviews empirical findings on the prevalence of PTSD in individuals with spinal cord injuries (SCI) and on the pretraumatic, peritraumatic, and posttraumatic risk factors demonstrated to be associated with PTSD in this population. We used specific criteria to select and review twenty-seven articles from several databases. Reported prevalence rates of PTSD in the SCI population are inconsistent, but generally indicate a comparable or higher prevalence than that observed in other traumatized populations. The present review highlights the significant roles of prior trauma and social support as risk factors for the development of PTSD. Methodological limitations of existing research are identified. Recommendations for future research are discussed, including the use of prospective longitudinal designs and the integration of variables found to be significant in the development of PTSD in other traumatized populations. Clinical implications are discussed.

Key words: Posttraumatic stress disorder, spinal cord injuries, risks factors, predictors, anxiety disorder.

Introduction

A growing body of research has investigated the phenomenon of posttraumatic stress disorder (PTSD) subsequent to spinal cord injury (SCI). Although many of the events that cause SCI are consistent with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000) criteria for a traumatic event, PTSD in the SCI population remains underinvestigated. The DSM definition of PTSD requires exposure to a traumatic event—defined as an event during which an individual's life or physical integrity was threatened or during which he or she was seriously injured. Witnessing another person's death or injury can also constitute a traumatic event; this is often the case for individuals with SCI, compounding the physical injury with psychological distress. For an event to be considered traumatic, the individual must have responded with helplessness, horror, or intense fear. Many of the experiences associated with SCI qualify as traumatic events according to this criterion. Although SCI usually occur quite suddenly, the physical consequences of this type of injury are multiple and permanent. In addition to the inherent trauma of the event or accident that caused the injury or to witnessing another person's death or injury, realization of the extent of the physical and neurological consequences of the event may constitute a second trauma. Thus, the psychological reactions to disability may be complex. The diagnostic criteria for PTSD include the following three categories of symptoms: 1) persistent re-experiencing of the event, 2) persistent avoidance of stimuli associated with the event, and emotional numbing, and 3) persistent elevated arousal. A minimum of one re-experiencing symptom, three avoidance or emotional numbing symptoms, and two arousal symptoms are required for a diagnosis. To satisfy the definition of PTSD, the symptoms must be present for at least one month and must cause significant distress or impairment in daily functioning.

The observation that many individuals experience significant distress and impaired functioning subsequent to a traumatic event, without manifesting all of the symptoms required for a PTSD diagnosis (Marshall et al., 2001; Schutzwohl & Maercker, 1999; Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997) has lead researchers in this area to propose a partial PTSD syndrome. Suggested definitions of partial PTSD include a) the DSM re-experiencing criterion and the presence of either the avoidance *or* the hyperarousal criterion (Blanchard,

Hickling, Taylor, Loos, & Gerardi, 1994; Schutzwohl & Maercker, 1999), or b) the presence of one symptom within each category (Schnurr, Friedman, & Rosenberg, 1993; Stein et al., 1997).

Many of the events that result in SCI, including motor vehicle accidents, physical violence, and traumatic medical conditions (such as tumours or sequelae from surgery) put individuals at risk of developing PTSD. The objective of the present paper is to review the scientific literature on the prevalence of PTSD in individuals with SCI and on risk factors for the development of PTSD in this population. A second objective is to outline the methodological limitations of the available literature and to propose recommendations for overcoming them. A third objective is to discuss the clinical implications of the findings.

Method

Literature search and study selection

A systematic search of the bibliographical databases PsychINFO, PUBMED, and PILOTS was conducted. The search keywords were *spinal cord injury* or *spinal cord injuries* and *posttraumatic stress* or *posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Studies were retained for the review if a) the sample was composed solely of individuals with spinal cord injuries with no comorbid physical condition, and b) PTSD, PTSD symptoms, or posttraumatic stress symptoms was assessed as a dependant variable. The search was not limited to a specific time period. Studies of risk factors for the comorbidity of PTSD and other conditions were excluded. The search protocol resulted in 60 empirical studies. Thirty-three studies were discarded because they did not meet the inclusion criteria mentioned above. Twenty-seven studies were retained for the present review. The reference section of each selected article was reviewed to identify other relevant studies.

Results

Description of the Studies and Prevalence of PTSD in the SCI population

Table 1 summarizes the descriptive data of the samples in the studies in the present review. All studies used retrospective designs. Samples size varied from 21 to 927

participants; delay since the trauma varied from 6 weeks to 22.5 years. Seven of the reviewed studies used a clinical interview to diagnose PTSD. Types of trauma responsible for SCI included motor vehicle accidents, work accidents, falls, firearm-related or other violent events, sports accidents, industrial accidents, medical events or diagnoses (e.g., surgery, illness, tumour, multiple sclerosis), military combat, and suicide attempts. The prevalence of PTSD varied widely, with rates ranging from 7% to 44% for current full-blown PTSD and from 11% to 42% for current partial PTSD.

These statistics indicate a significant prevalence of PTSD in the SCI population. However, these statistics must be interpreted with caution; the data collection was retrospective, and participants may have underestimated or overestimated the symptoms that they experienced in the months or years following their injury. Participants may also have had difficulty recalling the duration of their symptoms (e.g., greater than or less than one month). Further, many studies considered only current PTSD diagnoses, even when participants' injuries had occurred many years prior to the assessment; an exploration of lifetime PTSD diagnoses may have yielded a different prevalence rate.

Although the use of retrospective designs limits the findings to some extent, overall, the statistics suggest a clinically significant rate of PTSD in individuals with SCI. Further, it has been suggested that PTSD symptoms may negatively affect rehabilitation following SCI (Williams, 1997). For example, Boyer, Knolls, Kafkalas, and Tollen (2000a) found that severity of posttraumatic stress symptoms and of PTSD were both associated with less functional independence in children and adolescents with SCI. Martz (2004a) also found a possible link between posttraumatic stress symptoms and adaptation to disability. The hypothesized relationship between PTSD and rehabilitation success indicates that further research is warranted on PTSD in this population, as well as on risk factors associated with the development of PTSD.

Risk Factors Associated with the Development of PTSD

The present article reviews the literature on pretraumatic, peritraumatic, and posttraumatic risk factors for the development of PTSD in the SCI population. This categorization of risk factors is often used in the PTSD literature and allows for the

comparison of factors between studies (King, Vogt, & King, 2004; Martin, Germain, & Marchand, 2006). Pretraumatic risk factors refer to pre-existing individual characteristics that may contribute to the emergence of PTSD. Peritraumatic risk factors refer to characteristics of the event and of the individual's reaction during and immediately following a traumatic event. Posttraumatic risk factors refer to factors that may foster the development of PTSD following a traumatic event.

Two meta-analyses investigated risk factors associated with the development of PTSD in traumatized populations. Conducted by Brewin, Andrews, and Valentine (2000), the first meta-analysis found that peritraumatic and posttraumatic factors have a stronger effect on PTSD than do pretraumatic factors (correlation coefficients appear in brackets). These authors found that the most significant risk factors for PTSD were lack of social support (0.40), subsequent life stress (0.32), and trauma severity (0.23). Other significant factors included (in decreasing order of importance) factors related to childhood adversity (0.19), low intelligence (0.18), socioeconomic status (0.14), childhood abuse (0.14), female gender (0.13), family history of psychiatric disorders (0.13), history of trauma (0.12), personal history of psychiatric disorders (0.11), lack of education (0.10), younger age at the time of the trauma (0.10), and race (0.05).

Conducted by Ozer, Best, Lipsey, and Weiss (2003), the second meta-analysis on this subject found that the most significant predictor of the development of PTSD was peritraumatic dissociation (0.35), followed by perceived social support (-0.28), peritraumatic emotions (0.26), and perceived threat to life (0.26). Prior trauma (0.17), prior adjustment (0.17), and family history of psychopathology (0.17) also significantly predicted the development of PTSD, but with smaller effect sizes.

The following section reviews the literature on the pretraumatic, peritraumatic, and posttraumatic risk factors for PTSD in the SCI population that have been investigated to date. In the *majority* of reviewed studies, regression analyses were used to obtain information on significant risk factors.

Pretraumatic risk factors

Sociodemographic variables. Some studies (Kennedy & Evans, 2001; Nielsen, 2003a) found that younger age was associated with PTSD in individuals with SCI; others failed to replicate the finding (e.g., Chung, Preveza, Papandreou & Prevezas, 2006b). Kennedy and Evans (2001) found that women with PTSD reported higher levels of intrusion and avoidance than did men, whereas other studies did not find a significant gender difference (Mona, Cameron, Lesondak, & Norris, 2000). Being single was associated with greater PTSD symptoms in some studies (Kennedy & Evans, 2001; Nielsen, 2003b) but not in others (Danner & Radnitz, 2000). One study found that less education was a significant predictor of current PTSD (Danner & Radnitz, 2000). Another study found no difference in rate of PTSD in SCI populations in Great Britain, Switzerland, and Germany, respectively, suggesting that, at least in Europe, cross-cultural differences do not impact the development of PTSD in individuals with SCI (Lude, Kennedy, Evans, Lude, & Beedie, 2005).

Prior trauma. Studies on the impact of history of trauma consistently indicate a positive association with PTSD (Chung et al., 2006a; Martz, 2005). Radnitz, Schlein, and Hsu (2000) found that individuals who had served in a war zone had greater difficulty recovering from PTSD following SCI than did individuals without prior war experience, although the lifetime prevalence rates of PTSD were similar across groups. That is, the additive effect of trauma seemed to impact recovery from PTSD, but did not impact prevalence.

Personality variables. One study found that personality traits such as neuroticism and alexithymia predicted PTSD symptom severity (Hatcher, Whitaker, & Karl, 2009).

Peritraumatic risk factors

Type of traumatic event. The majority of the research on the SCI population has focused on type of traumatic event, rather than on physical, emotional, or dissociation reactions during the event. The few available results about the role of type of traumatic event

are inconclusive. Boyer, Tollen, and Kafkalas (1998) found that children with SCI subsequent to gunshot wounds exhibited more PTSD symptoms than did children injured in motor vehicle accidents. However, Radnitz and colleagues (1998a) found no significant differences in PTSD symptoms between adult victims of violence and victims of accidental traumas. In one study, Nielsen (2003a) failed to observe significant differences in the development of PTSD between individuals who had been in traumatic accidents (motor vehicle accidents, falls, work accidents, and bathing accidents) and those who had been injured in non-traumatic events (tumours, disk prolapses, aneurisms). In a second study, the same author found that individuals injured in diving accidents, motor vehicle accidents, and falls had a greater risk of developing PTSD in comparison with individuals injured in sports accidents and industrial accidents (Nielsen, 2003b). These conflicting results raise questions about which element of the SCI experience is traumatic. It may be that the event that causes SCI and the consequences of sustaining SCI both constitute traumatic events. Boyer, Knolls, Kafkalas, and Tollen (2000b) investigated feelings of fear and helplessness associated with six potentially traumatic aspects of pediatric SCI in patients and their parents. They measured patients' and parents' appraisals of: (1) the event that caused the injury, (2) the realization that the patient was paralyzed, (3) the emergency medical care received, (4) the persisting change in physical ability, (5) the need for ongoing medical treatment and rehabilitation, and (6) peer reactions to the SCI. The results revealed that patients perceived all aspects of the SCI as frightening, but that the realization that they were paralyzed resulted in greater feelings of helplessness than did the actual event that caused the injury. Moreover, patients' feelings of fear and helplessness related to various aspects of their SCI predicted the severity of their posttraumatic stress. Radnitz and colleagues (1998b) found no significant difference in rates of current PTSD between paraplegic patients and injured trauma survivors without SCI, indicating that PTSD may be related to the event that causes the injury, rather than to SCI *per se*. It may be difficult to identify the specific aspects of SCI that cause posttraumatic distress; more research is needed to clarify this issue.

Other peritraumatic variables. Radnitz and colleagues (1998a) found that individuals who were intoxicated during the traumatic event were not more likely to develop PTSD than were individuals who were not intoxicated. Further, these authors found no correlation

between trauma severity, as measured by the Trauma Severity Rating Scale (TSRS; Kulka et al., 1990) and current PTSD severity or diagnosis.

Posttraumatic risk factors

Severity (level and completeness) of lesion. We categorized variables related to the severity of the lesion as posttraumatic risk factors because the extent of their impact is determined post-trauma.

Radnitz and colleagues (1998a) found that paraplegic veterans experienced significantly more severe PTSD symptoms than did tetraplegic veterans. More specifically, Binks, Radnitz, Moran, and Vinciguerra (1998) found that individuals with injuries above T1-T3 were less likely to be diagnosed with PTSD. Similarly, Hatcher and colleagues (2009) found that paraplegia was associated with greater PTSD symptom severity than was tetraplegia. In contrast, Boyer and colleagues (1998) found greater avoidance in tetraplegic youth than in youths with paraplegia. Other similar studies found no significant differences between paraplegic and tetraplegic participants (Chung et al., 2006a; Mona et al., 2000; Nielsen, 2003a, 2003b). Research findings about the impact of completeness of the lesion are inconsistent. Some studies found that complete lesions were associated with greater PTSD symptoms (Kennedy & Evans, 2001; Nielsen, 2003a), whereas others reported greater PTSD symptoms in individuals with incomplete injuries (Nielsen, 2003b). Martz (2005) reported a curvilinear (U function) relationship between SCI severity (as measured by the American Spinal Injury Association [ASIA] classification) and degree of posttraumatic stress. Individuals with ASIA A lesions (most severe) and individuals with ASIA D lesions (least severe) reported the most severe posttraumatic stress symptoms; however, of the two groups, individuals with ASIA D lesions reported more severe symptoms. In sum, the findings about variables related to the severity of the lesion are contradictory.

Several other variables related to the injury have been identified as significant or non-significant. For example, Martz (2005) identified posttraumatic neurogenic pain as a significant predictor of posttraumatic stress; presence of a head injury during the trauma has also been associated with PTSD severity (Radnitz et al., 1998a). Posttraumatic amnesia appears to be unrelated to the severity of PTSD symptoms (Kennedy & Evans, 2001).

Posttraumatic social support. Nielsen (2003b) found that social support variables contributed to the development of PTSD in individuals with SCI to a greater extent than did sociodemographic variables or variables related to the injury. Positive social support was associated with fewer PTSD symptoms and negative support was associated with more PTSD symptoms. Danner and Radnitz (2000) also observed that perceived support from friends was associated with fewer PTSD symptoms; perceived support from family had no impact.

Other posttraumatic variables. Depression was found to be associated with greater trauma-related distress in individuals with SCI (Kennedy & Evans, 2001). Depression was also found to be a significant predictor of PTSD chronicity (Radnitz & Danner, 2002). One study explored death anxiety subsequent to SCI and found that this variable predicted a significant amount of the total variance in posttraumatic stress reactions (Martz, 2004b). The recency of the trauma predicted PTSD symptoms in some studies (Radnitz et al., 1998a, Hatcher et al., 2009) but not in others (Chung et al., 2006a). Agar, Kennedy, and King (2006) studied the role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms and found that negative cognitions about one's self and the world significantly predicted posttraumatic stress symptoms. Hatcher and colleagues (2009) also identified negative cognitions about the self as a potential risk factor for PTSD. Finally, Chung and colleagues (2006a) reported that participants with an internal locus of control regarding health were less susceptible to PTSD symptoms than were participants with an external locus of control regarding health.

Summary of the Findings on Risk Factors

The findings about pretraumatic risk factors for PTSD in the SCI population are inconsistent. Although some studies have reported that age, gender, education, neuroticism, and alexithymia predict the development of PTSD in this population, others have suggested that these factors have no impact. The only variable for which there seems to be a consistent association with PTSD is prior exposure to trauma. Variables that have not yet been investigated include personal and family history of psychopathology; previous meta-analyses (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) have indicated that these variables constitute significant risk factors in diverse traumatized populations.

Research on the role of type of trauma is inconclusive, and research on the roles of the other peritraumatic variables discussed above is limited. Further research is required about peritraumatic factors that may affect PTSD development in the SCI population, including peritraumatic dissociation and peritraumatic distress (negative emotions or intense physiological arousal at the time of the trauma), and perceived severity of the traumatic event and perceived threat to life. These variables have been found to reliably predict PTSD in other populations but their contribution to PTSD in the SCI population has not been explored (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003).

Where posttraumatic risk factors are concerned, the roles of level and completeness of lesion in the development of PTSD need to be further investigated. Negative social support, depression, negative cognitions about one's self and the world, and external locus of control regarding health seem to be associated with PTSD symptoms. Although the number of findings is limited, among posttraumatic risk factors, social support seems to have the strongest empirical support; however, once again, further research is necessary to confirm the roles of these various factors in the development of PTSD in the SCI population. Table 2 summarizes the pretraumatic, peritraumatic, and posttraumatic risk factors for PTSD in individuals with SCI. For exploratory purposes, when possible, the percentage of unique variance explained by each significant risk factor was calculated; these figures also appear in Table 2.

Limitations of Reviewed Studies and Recommendations for Future Research

The present review of the literature investigated the prevalence rate of PTSD and risk factors for its development in individuals with SCI. The results clearly indicate that PTSD is a relevant condition that bears further investigation in this population, and that the possibility of PTSD warrants consideration during and after rehabilitation. The statistics on the prevalence of PTSD in this population vary widely between studies and the strength of the findings about risk factors for the development of PTSD is moderate at best. The ambiguity of the results may be attributable to methodological limitations in the studies in this area.

PTSD assessment

Most of the studies described here used self-report questionnaires to diagnose PTSD or used measures of symptom severity that did not permit diagnosis. Participants may have found it difficult to differentiate between symptoms that have a physical cause and symptoms that follow from a psychological condition. Further, some studies used instruments with inadequate psychometric properties, limiting the strength of the conclusions that can be drawn from their results. The use of validated clinical interviews would allow for greater depth in the investigation of PTSD symptoms; employing such interviews could yield clearer data on the prevalence of PTSD and could allow researchers to overcome some of the limitations of the existing research. The use of clinical interviews would also permit researchers to gather information about the specific aspects of SCI that are experienced as traumatic. Finally, the majority of studies in this area limited their assessment of participants' PTSD to current diagnoses, even when the injury had taken place many years prior. A significant number of participants may have suffered from PTSD subsequent to SCI, but no longer met the diagnostic criteria at the time that they participated in the study. To provide a clearer portrait of the prevalence of PTSD in the SCI population, authors of retrospective studies should consider both current and lifetime PTSD diagnoses.

Study design

The delayed emergence of PTSD subsequent to SCI could be investigated with prospective longitudinal studies that begin data collection at the start of the rehabilitation process and continue to at least one year follow-up. Such prospective designs would prevent memory biases. Few investigations of delayed-onset PTSD in individuals with SCI have been conducted; this type of study may be indicated because the initial return to the community following rehabilitation for recent SCI may create new stressors that trigger PTSD symptoms. Prospective studies would also allow researchers to evaluate the differential impact of various risk factors over time. There may be differences between the risk factors for acute PTSD and the risk factors for chronic PTSD. Finally, although prospective longitudinal designs do not allow for the inference of causality in the relationship between potential risk factors and the

development of PTSD, they remain better suited than are cross-sectional designs to assess the temporal sequence of variables.

Investigation of risk factors

To replicate the findings summarized in this article and to clarify the contribution of each factor require systematic and rigorous investigation of risk factors associated with PTSD in individuals with SCI. Risk factors that have been identified as significant in other traumatized populations should be explored to determine their contribution or lack of significance in the SCI population. Some factors may be equally significant in this population, whereas others may not be relevant.

The findings of the present review highlight the lack of studies on peritraumatic risk factors. These factors, including peritraumatic dissociation (which may involve such reactions as depersonalization, derealization, dissociative amnesia, out-of-body experiences, emotional numbness, altered time perception, and altered body image [American Psychiatric Association, 2000]), peritraumatic distress, trauma severity, and perceived threat to life, have been found to be among the best predictors of PTSD in various other traumatized populations (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Future studies should include these factors to determine whether or not they are equally relevant in the SCI population.

Physical variables related to the disability should also be considered; for example, one study found that pain was a significant factor in the development of PTSD (Martz, 2005). Pain variables in the SCI population that may contribute to the development of PTSD include neurogenic pain, post-surgical pain (from bone graft or vertebral rods), shoulder pain (from wheelchair use), and lower back pain (from longstanding sitting position and scoliosis).

Severity of the SCI lesion is another variable that warrants investigation. Lesion severity is alternatively defined as neurological deficits and as severity of the resulting disability; the respective contribution of these variables to PTSD development could be explored. The distinction between paraplegia and tetraplegia provides a broad measure of degree of disability; an exploration of more precise variables such as lesion level and ASIA scores could help resolve some of the conflicting findings. The term tetraplegic lesion

describes varied neurological deficits and degrees of handicap and these variations may differentially impact the emergence of PTSD. Whereas C2 to C4 lesions render individuals dependent on a respirator, C5 to C6 lesions permit the use of a hand-controlled electric wheelchair, and C7 to C8 lesions allow individuals to use a manually-controlled wheelchair. Level of lesion may differentially impact autonomy, independence, and overall adjustment to disability. Paraplegic lesions can involve injuries to higher thoracic segments or to lower lumbar or sacral segments. Individuals with paraplegic lesions are often confined to a wheelchair, whereas individuals with injuries to lower segments often retain the ability to walk (with possible orthosis), but may experience gas, fecal and urinary incontinence, and premature dribbling ejaculation. Degree of disability may have a significant impact on adjustment to disability and emergence of PTSD in this population.

Finally, future studies of PTSD in the SCI population should include protective (i.e., resilience) factors. Protective factors facilitate adaptation to a traumatic event and are associated with decreased PTSD (King, et al., 2004). Protective factors (e.g., positive social support) can be considered to be the opposite of risk factors (e.g. negative social support) (King, et al., 2004). Protective factors for PTSD identified in various traumatized populations include being older at the time of the traumatic event, feelings of coherence, self-efficacy, personality hardiness, and adequate or positive posttraumatic social support (see Martin et al., 2006 for a review of protective factors). To the best of our knowledge, only one study has investigated protective factors for PTSD in the SCI population (Danner & Radnitz, 2000). The identification of protective factors (especially posttraumatic protective factors) could contribute to the development of PTSD prevention programs in newly injured individuals. To prevent the development of PTSD symptoms, the adoption of certain behaviours and attitudes could be encouraged in individuals with new SCI and their family and caregivers.

Statistical analyses

Some studies in this area used statistical methods that yielded information about bivariate relationships between potential risk factors and PTSD symptomatology. Simple relationships between variables do not provide a lot of information about potential underlying mechanisms and leave open the possibility that a third variable may be responsible for the

observed relationship. King and colleagues (2004) emphasized the importance of using multivariate statistical methods to test mediator and moderator effects. Multiple regression analyses are one example of this type of method. Path analysis and structural equation modeling can also be used to explore complex systems of relationships (King et al., 2004). The use of this type of statistical procedure allows researchers to suggest risk mechanisms.

Clinical implications

Although further research is required to clarify the significance of the risk factors reviewed here, the available literature suggests that prior trauma and social support are important variables in the development of PTSD in the SCI population. This finding has important clinical implications, suggesting that early investigation of prior trauma in SCI patients in rehabilitation could identify individuals who are at risk for posttraumatic stress reactions. Moreover, preventive strategies designed to decrease negative social support and promote positive social support from patients' family and caregivers could also be implemented. Improved identification of risk and protective factors could permit the development of secondary and tertiary prevention strategies. At the secondary level, individuals whose pretraumatic or peritraumatic factors put them at risk of developing PTSD could benefit from post-immediate psychotherapeutic interventions that have been empirically validated such as cognitive-behavioural therapy (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003; Foa, Hearst-Ikeda, & Perry, 1995) immediately after the traumatic event. At the tertiary level, treatment of PTSD should include interventions designed to reduce the impact of modifiable risk factors and promote the development of protective factors.

Conclusion

Recent studies on PTSD in individuals with SCI have confirmed the importance of continued investigation of this condition in this population. Research has revealed an appreciable prevalence rate of PTSD and suggests that prior exposure to trauma and negative social support are important risk factors for PTSD in this population. Prospective longitudinal investigations of PTSD symptoms and the use of clinical interviews to evaluate symptoms would provide a clearer portrait of prevalence and risk factors. The exploration of protective

factors in studies in this area would promote the development of prevention strategies and improve existing treatments.

References

- Agar, E., Kennedy, P., & King, N.S. (2006). The role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms following spinal cord injuries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 437-452.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Association
- Binks, T.M., Radnitz, C.L., Moran, A.I., & Vinciguerra, V. (1997). Relationship between level of spinal cord injury and posttraumatic stress disorder symptoms. In: R. Yehuda, & A.C. McFarlane, (Eds), *Psychology of PTSD* (pp. 430-432). Annals of the New York Academy Sciences.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., & Gerardi, R.J. (1994). Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 283-290.
- Boyer, B.A., Hitelman, J.S., Knolls, M.L., & Kafkalas, C.M. (2003a). Posttraumatic stress and family functioning in pediatric spinal cord injuries: Moderation or mediation? *The American Journal of Family Therapy*, 31, 23-37.
- Boyer, B.A., Knolls, C.M., Kafkalas, C.M., Tollen, L.G. (2000a). Prevalence of posttraumatic stress disorder in patients with pediatric spinal cord injury: Relationship to functional independence. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(suppl), 125-133.
- Boyer, B.A., Knolls, C.M., Kafkalas, C.M., Tollen, L.G. (2000b). What is the trauma? Patients', mothers', and fathers' fear and helplessness related to posttraumatic aspects of pediatric spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(suppl), 134-147.

- Boyer, B.A., & Knolls, C.M. (2000). Family functioning and pediatric SCI: Relationship to posttraumatic stress and functional independence. *SCI Psychosocial Process*, 13, 138-139.
- Boyer, B.A., Knolls, C.M., Kafkalas, C.M., Tollen, L.G., & Swartz, M. (2000). Prevalence and relationships of posttraumatic stress in families experiencing pediatric spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 339-355.
- Boyer, B.A., Tollen, L.G., Kafkalas, C.M. (1998). A pilot study of posttraumatic stress disorder in children and adolescents with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 11, 75-81.
- Boyer, B.A., Ware, C.J., Knolls, M.L., & Kafkalas, C.M. (2003b). Posttraumatic stress among families experiencing pediatric spinal cord injury: A replication. *SCI Psychosocial Process*, 16, 85-94.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological Trauma* (pp.1-29). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., & Nixon, R.V. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 489-494.
- Chung, M.C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006a). The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders*, 93, 229-232.
- Chung, M.C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006b). Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: A comparison with young and middle-aged patients. *Psychiatry*, 69(1), 69-80.

- Danner, G., & Radnitz, C.L. (2000). Protective factors and posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5(3), 195-203.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Hatcher, M.B., Whitaker, C., & Karl, A. (2009). What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? *British Journal of Health Psychology*, 14, 541-561.
- Krause, J.S., Saunders, L.L., & Newman, S. (2010). *Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1182-1187.
- Kennedy, P., & Evans, M.J. (2001). Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*, 39, 381-386.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- King, D.W., Vogt, O.S., & King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lude, P., Kennedy, P., Evans, M., Lude, Y., & Beedie, A. (2005). Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: A comparative review of European samples. *Spinal Cord*, 43, 102-108.

- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467-1473.
- Martz, E. (2004a). Do post-traumatic stress symptoms predict reactions of adaptation to disability after a sudden-onset spinal cord injury? *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(3), 185-194.
- Martz, E. (2004b). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28, 1-17.
- Martz, E. (2005). Association and predictors of posttraumatic stress levels according to person-related, disability related, and trauma-related variables among individuals with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 149-157.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay et A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mona, L.R., Cameron, R.P., Lesondack, L.M., & Norris, F.H. (2000). Posttraumatic stress disorder symptomatology in men and women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(1), 76-86.
- Nielsen, M.S. (2003a). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*, 41, 296-302.
- Nielsen, M.S. (2003b). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries: the mediating effect of social support. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 289-295.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.

- Radnitz, C.L., & Danner, G. (2002). Recovery from posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 15(4), 185-197.
- Radnitz, C.L., Hsu, L., Tirch, D.D., Willard, J., Lillian, L.B., Walczak, S., et al. (1998b) A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 676-680.
- Radnitz, C.L., Hsu, L., Willard, J., Perez-Strumolo, L., Festa, J., Lillian, L.B., et al. (1998a). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 505-520.
- Radnitz, C. L., Schlein, M.A., & Hsu, L. (2000). The effect of prior trauma exposure on the development of PTSD following spinal cord injury. *Journal of Anxiety Disorder*, 14(3), 313-324.
- Radnitz, C.L., Schlein, I.S., Walcsak, S., Broderick, C.P. Binks, M., Tirch, D.D., et al. (1995). The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 8, 145-149.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Rosenberg, S.D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schutzwahl, M., & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD, *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 155-165.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen., A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey, *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
- Williams, G.N. (1997). Post-traumatic stress disorder: Implications for practice in spinal cord injury rehabilitation. *SCI Psychosocial Process*, 10(1), 40-42.

Table 1 Descriptive data of reviewed studies

Authors	Characteristics of sample						Estimated PTSD prevalence	Instrument used to measure VD
	Mean age of the study	Gender	Level of injury	Completeness of injury	Average posttraumatic delay	N		
Agar et al., 2006	38.9	Men: 86% Women: 14% NA	Para: 40% Tetra: 60% NA	C: 68% I: 32% NA	3-24 months	50	24% (current)	PDS & IES
Binks et al., 1997	NA	NA	NA	NA	NA	105	NA	CAPS SCID
Boyer et al., 1998	9 to 21 yrs old	Male: 43% Female: 57%	Para: 43% Tetra: 57%	NA	2 months to 10 yrs & 11 months	21	33% (current)	CPSS & PDS
*Boyer et al., 2000	17.5	Male: 59% Female: 41%	Para: 54.7% Tetra: 45.3%	NA	5.9 yrs	64	25% (current)	CPSS & PDS
*Boyer et al., 2000a	17.5	Male: 59% Female: 41%	Para: 54.7% Tetra: 45.3%	NA	5.9 yrs	64	25% (current)	CPSS & PDS
*Boyer et al., 2000b	17.5	Male: 59% Female: 41%	Para: 54.7% Tetra: 45.3%	NA	5.9 yrs	64	25% (current)	CPSS & PDS
*Boyer et al., 2003a	17.5	Male: 59% Female: 41%	Para: 54.7% Tetra: 45.3%	NA	5.9 yrs	64	25% (current)	CPSS & PDS
Boyer, et al., 2003b	18.4	Male: 44% Female: 56%	Para: 56.3% Tetra: 43.6%	NA	8.1 yrs	29	25% (current)	CPSS & PDS
**Chung et al., 2006a	SCI participant s 45,08	SCI participants Men: 69% Women: 31%	Para: 42% Tetra: 58%	NA	20.77 months	SCI participants: 62	SCI participants: 44% (current) Controls: not measured	PCL
	Controls: NA	Controls: Men: 63% Women: 37%				Controls: 54 (no SCI or major illness)		

**Chung et al., 2006b	<u>Young:</u> 30 <u>Middle-aged:</u> 48 <u>Elderly:</u> 65	<u>Young:</u> Men: 87% Women: 13% <u>Middle-aged:</u> Men: 60% Women: 40% <u>Elderly:</u> Men: 57% Women: 43%	<u>Young:</u> Para: 44% Tetra: 56% <u>Middle-aged:</u> Para: 48% Tetra: 52% <u>Elderly:</u> Para: 29% Tetra: 71%	NA	<u>Young:</u> 15.66 months <u>Middle-aged:</u> 11.18 months <u>Elderly:</u> 43.50 months	<u>SCI</u> participants: 62 (divided in 3 groups) <u>Young:</u> 23 <u>Middle-aged:</u> 25 <u>Elderly:</u> 14	<u>Young:</u> 48% (current) <u>Middle-aged:</u> 48% (current) <u>Elderly:</u> 57% (current partial) 29% (current)	PCL
**Chung et al., 2007	<u>SCI</u> participant § 45,08 <u>Controls:</u> 35,13	<u>SCI</u> participants Men: 69% Women: 31% <u>Controls:</u> Men: 50% Women: 50%	Para: 42% Tetra: 58%	NA	<u>No PTSD:</u> 10.28 months <u>Partial PTSD:</u> 33.08 months <u>Full PTSD:</u> 13 months	<u>SCI</u> participants: 62 (divided in 3 groups) <u>No-PTSD:</u> 9 <u>Partial PTSD:</u> 26 <u>Full PTSD:</u> 27 <u>Controls:</u> 60 (healthy individuals)	<u>SCI</u> participants: 44% (current) 42% (current partial) <u>Controls:</u> not measured	PCL
*** Danner & Radnitz, 2000	48.78	Men: 100% Women:	Para: 51 participants Tetra: 72 participants (data missing for 2)	NA	18.84 years	124	Not mentioned	CAPS SCID IES
Hatcher et al., 2009	45.66	Men: 86% Women: 14%	Para: 55% Tetra: 45%	C: 54% I: 46%	15.26 years	102	61.8% (high current distress)	IES

Krause et al., 2010	NA	Men: 71.4% Women: 28.6%	Para: 37.8% Tetra: 38.6% Motor functional injuries (regardless of level): 23.6%	NA	22.5 years	927	7.2% (current)	PPTSD-R
Kennedy & Evans, 2001	32.6	Men: 80% Women: 20%	Para: 40% Tetra: 60%	C: 70% I: 30%	6 to 24 weeks	85	14% (high current distress)	IES
Lude et al., 2005	<u>British:</u> 16-64 yrs old <u>Swiss-German:</u> <u>German:</u> > 16 yrs old	<u>British:</u> Men: 80% Women: 20% <u>Swiss-German:</u> Men: 73% Women: 27%	<u>British:</u> Para: 59% Tetra: 41% <u>Swiss-German:</u> <u>German:</u> Para: 68% Tetra: 32%	<u>British:</u> C: 70% I: 30% <u>Swiss-German:</u> <u>German:</u> C: 44% I: 56%	Up to 6 months post-injury for both samples	<u>SCI</u> participants: 156 (divided in 2 groups) <u>British:</u> 85 <u>Swiss-German:</u> 71 <u>Controls:</u> 71 (Swiss able-bodied people)	<u>British:</u> High avoidance: 15.3% High intrusion: 18.8% <u>Swiss-German:</u> High avoidance: 7.1% High intrusion: 8.6%	IES
****Martz, 2004a	50.8	Men: 86.5% Women: 13.5%	NA	C: 32.3% I: 67.7%	14.1 years	312	NA (mentioned in other study)	PPTSD-R
****Martz, 2004b	50.7	Men: 86.6% Women: 13.4%	NA	C: 32.3% I: 67.7%	14.1 years	313	NA (mentioned in other study)	PPTSD-R
****Martz, 2005	50.8	Men: 86.5% Women: 13.5%	NA	C: 32.3% I: 67.7%	14.1 years	312	10.3%	PPTSD-R
Mona et al., 2000	36.9	Men: 56% Women: 44%	Para: 61% Tetra: 48%	C: 60% I: 40%	12.15 years	195	NA	PDS

Nielsen, 2003a	48	NA	Para: 41 participants Tetra: 27 participants (data missing for 1)	C: 39% I: 61%	88 days	69	20% (current)	HTQ
Nielsen, 2003b	42.7	Men: 74.4% Women: 25.6%	Para: 58.9% Tetra: 41.1%	C: 56.5% I: 43.5%	14 years	168	7.1% (current)	HTQ
*** Radnitz & Danner, 2002	45.2	Men: 100%	mentioned in other study	NA	17 years	33 (with current or lifetime PTSD)	–	CAPS SCID
***Radnitz et al., 1998a	48.78	Men: 100% Women:	Para: 51 participants Tetra: 72 participants (data missing for 2)	NA	18.84 years	125	12% (current) 29% (lifetime)	CAPS SCID IES
***Radnitz et al., 1998b	49.51	SCI participants Men: 100% Controls: Men: 97.7% Women: 2.3%	Para: 46.4% Tetra: 53.6%	NA	NA	SCI participants: 97 Controls: 43 (veterans with injuries other than SCI)	Para: 22% (current) 44% (lifetime) Tetra: 2% (current) 13% (lifetime) Controls: 21% (current) 26% (lifetime)	CAPS SCID IES

***Radnitz, et al., 2000	49	Men: 100%	NA	NA	19.33 years	123 veterans divided in 3 groups: <u>Combat: 50</u> <u>Non combat:</u> <u>34</u> <u>Non-war</u> <u>theatre: 39</u>	SCI Total sample: 11% (current) 28% (lifetime) <u>Combat: 16%</u> (current) 31% (lifetime) <u>Non-combat:</u> 18% (current) 29% (lifetime) <u>Non-war</u> <u>theatre: 0%</u> (current) 31% (lifetime)	CAPS SCID IES
***Radnitz et al., 1995	48.74	Men: 100% Women:	Para: 41.1% Tetra: 58.9%	NA	18.75 years	126	11.9% (current) 28.6% (lifetime)	CAPS SCID

Table 1 (Continued)

Authors	Trauma type
Agar et al., 2006	RTA: 50% Sports: 26% Falls: 20% Others: 4%
Binks et al., 1997	NA
Boyer et al., 1998	MVA: 12% Gunshot: 4% Sports: 4% Medical: 1%
*Boyer et al., 2000	MVA: 46.7% Sports, falls: 26.7% Medical: 16% Gunshot, violence: 6.7% Others: 4%
*Boyer et al., 2000a	MVA: 46.7% Sports, falls: 26.7% Medical: 16% Gunshot, violence: 6.7% Others: 4%
*Boyer et al., 2000b	MVA: 46.7% Sports, falls: 26.7% Medical: 16% Gunshot, violence: 6.7% Others: 4%
*Boyer et al., 2003a	MVA: 46.7% Sports, falls: 26.7% Medical: 16% Gunshot, violence: 6.7% Others: 4%
Boyer, et al., 2003b	MVA: 65% Medical: 14.7%

	Sports, diving, falls: 11.7% Gunshot, violence: 5.9% Unknown: 3%
**Chung et al., 2006a	MVA: 32% Illness: 29% Falls: 16% Surgery: 11% Gunshot: 3%
**Chung et al., 2006b	<u>Young:</u> Industrial accidents: 13% MVA: 35% Medical illness: 30% Falls: 13% Shooting: 9% <u>Middle-aged:</u> Industrial accidents: 8% MVA: 24% Medical illness: 28% Falls: 20% Surgery: 20% <u>Elderly:</u> MVA: 43% Medical illness: 29% Falls: 14% Surgery: 14%
**Chung et al., 2007	<u>No-PTSD:</u> MVA: 22% Medical illness: 78% <u>Partial PTSD:</u> Industrial accidents: 15% MVA: 23% Medical illness: 34% Falls: 8% Surgery: 20%

	<u>Full PTSD:</u> Industrial accidents: 12% MVA: 37% Medical illness: 7% Falls: 30% Shooting: 7% Surgery: 20%
***Danner & Radnitz, 2000 Hatcher et al., 2009	Not described RTA: 48.9% Sports: 28.4% Industrial: 9.8% Domestic: 8.8% Medical: 2.7% Crime: 2.9%
Krause et al., 2010	MVA: 56.2% Falls: 14.7% Sports: 12.9% Violence: 10%
Kennedy & Evans, 2001	RTA: 44.6% Falls: 30.1% Sports: 20.5% Others: 4.8%
Lude et al., 2005	<u>British:</u> Accident: 93% Other: 5% Unknown: 2% <u>Swiss-German:</u> Accident: 66% Illness: 23% Suicide: 1% Other: 7% Unknown: 3%
****Martz, 2004a	MVA: 29.2% Falls: 17.4% Gunshot: 11.4%

	<p>Multiple sclerosis: 7.5%</p> <p>Military combat: 6%</p> <p>Tumor: 2.7%</p> <p>Diving: 2.7%</p> <p>Stabbing: 1%</p> <p>Other: 22.1%</p>
****Martz, 2004b	<p>MVA: 29.4%</p> <p>Falls: 17.4%</p> <p>Gunshot: 11.4%</p> <p>Military combat: 6%</p> <p>Tumor: 2.7%</p> <p>Diving: 2.7%</p> <p>Other: 22.1%</p>
****Martz, 2005	<p>MVA: 29.2%</p> <p>Falls: 17.4%</p> <p>Gunshot: 11.4%</p> <p>Multiple sclerosis: 7.5%</p> <p>Military combat: 6%</p> <p>Tumor: 2.7%</p> <p>Diving: 2.7%</p> <p>Stabbing: 1%</p> <p>Other: 22.1%</p>
Mona et al., 2000	<p>MVA: 61%</p> <p>Fall: 16%</p> <p>Sports: 10%</p> <p>Other: 13%</p>
Nielsen, 2003a	<p>Traumatic (MVA, falls, accident at work, bathing accident): 64%</p> <p>Non traumatic (tumors, disc prolapses, aneurisms): 36%</p>
Nielsen, 2003b	<p>MVA: 49.4%</p> <p>Diving: 10.7%</p> <p>Sports: 8.9%</p> <p>Falls: 17.9%</p> <p>Industrial accidents: 7.1%</p>

***Radnitz & Danner, 2002	Other: 4.2% MVA: 33% Falls: 21% Violence: 33% Sports: 6.1% Medical: 3% Other: 3%
***Radnitz et al., 1998a	Not described
***Radnitz et al., 1998b	For both SCI participants and Controls: MVA: 37% Falls: 25% Combat violence: 5.7% Military non combat violence: 4.2% Non military violence: 12.1% Sports: 8.5% Others: 7.8%
***Radnitz, et al., 2000	NA
***Radnitz et al., 1995	MVA: 32% Falls: 24.8% Violence (non-military): 14.4% Violence (military, non-combat): 4% Violence (combat): 8% Sports: 8% Medical: 1.5% Other: 12.2%

Note. DV = dependant variable. R = Retrospective. NA = information non available in text. Para = paraplegia. Tetra = tetraplegia. C = complete lesion. I = incomplete lesion. RTA = road traffic accident. MVA = motor vehicle accident. PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale. IES = Impact of Event Scale. CAPS = Clinician Administered PTSD Scale. SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV. CPSS = Child PTSD Symptom Scale. PCL = Posttraumatic Stress Disorder Checklist. PPTSD-R = Purdue Posttraumatic Stress Disorder Revised scale. HTQ = Harvard Trauma Questionnaire.

*, **, ***, **** data from the same sample of participants

Table 2 Summary of pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors for PTSD symptoms in the SCI population

<i>Pretraumatic risk factors</i>			
<u>Variables</u>	<u>Risk factors</u>	<u>% of unique variance explained</u>	<u>No association</u>
Age	<i>Being younger:</i> Kennedy & Evans, 2001 Nielsen, 2003a	8.5% 11%	Chung et al., 2006b
Gender	<i>Female:</i> Kennedy & Evans, 2001	10% (intrusion) 10% (avoidance)	Mona et al., 2000
Education	<i>Lower education:</i> Danner & Radnitz, 2000	3%	
Cross-cultural differences			Samples from Great Britain, Switzerland and Germany: Lude et al., 2005
Relationship status	<i>Being single:</i> Kennedy & Evans, 2001 Nielsen, 2003b	18% (avoidance) 4.4%	Danner & Radnitz, 2000
Previous exposure to trauma	Chung et al., 2006a Martz, 2005	6.8% (arousal)	
Personality traits	<i>Neuroticism & alexithymia:</i> Hatcher et al., 2009	6%	
<i>Peritraumatic risk factors</i>			
<u>Variables</u>	<u>Risk factors</u>	<u>% of unique variance explained</u>	<u>No association</u>
Trauma type	<i>Violence:</i> Boyer et al., 1998		Violence: Radnitz et al., 1998a Traumatic vs non traumatic: Nielsen, 2003a
Intoxication at the time of the trauma			Radnitz et al., 1998a
Trauma severity			Radnitz et al., 1998a
<i>Posttraumatic risk factors</i>			
<u>Variables</u>	<u>Risk factors</u>	<u>% of unique variance explained</u>	<u>No association</u>

Level of lesion	<i>Paraplegia:</i> Radnitz et al., 1998a Hatcher et al., 2009 <i>Tetraplegia:</i> Boyer et al., 1998	13% 26% (avoidance) 27%	Chung et al., 2006a; Mona et al., 2000; Nielsen, 2003a, 2003b
Completeness of lesion	<i>Complete injuries:</i> Kennedy & Evans, 2001 <i>Incomplete injuries:</i> Nielsen, 2003b	8% 15,6% 3%	
ASIA classification	<i>ASIA A & D (curvilinear association):</i> Martz (2005)		
Pain	Martz, 2005		
Head injury during trauma	Radnitz et al., 1998a	11%	Kennedy & Evans, 2000
Posttraumatic amnesia			
Social support	<i>Low levels and negative social support:</i> Nielsen, 2003b <i>Perceived support from friends:</i> Danner et Radnitz, 2002 Kennedy & Evans, 2001	14% 6% 41% (intrusion) 24% (avoidance)	
Depression	Radnitz & Danner, 2002		
Death anxiety	Martz, 2004a	12%	
Trauma recency	Radnitz et al., 1998a Hatcher et al., 2009	6% 2,25% (intrusion)	Chung et al., 2006a
Cognitive appraisals	<i>Negative cognitions about one's self:</i> Agar et al., 2006 Hatcher et al., 2009 <i>Negative cognitions about the world:</i> Agar et al., 2006	18% 9,5% 23%	
Health locus of control	<i>External:</i> Chung et al., 2006a	16% (intrusion) 24% (avoidance)	

CHAPITRE III

RISK FACTORS FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE SPINAL CORD
INJURED POPULATION
(ARTICLE II)

Cet article est sous presse dans la revue *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*

Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in the Spinal Cord Injured Population

Catherine Otis, M. Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph. D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Frédérique Courtois, Ph. D.

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Résumé

Objectif de l'étude : Plusieurs des événements responsables des blessures médullaires sont des événements traumatiques reconnus comme pouvant causer un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Les individus souffrant d'une blessure médullaire sont donc à risque de développer un ÉSPT. Cette étude rétrospective examine les facteurs de risque dans le développement de l'ÉSPT chez un échantillon de 71 patients blessés médullaires (BM).

Méthodologie : Une entrevue clinique structurée a été utilisée pour établir les diagnostics d'ÉSPT complet et partiel. Les facteurs de risque potentiels furent évalués avec des questionnaires autoadministrés complétés par les participants.

Résultats : Les résultats de l'étude suggèrent que 11% des participants ont souffert d'ÉSPT complet et que 20% ont souffert d'ÉSPT partiel à la suite de leur blessure médullaire. Les analyses de régression linéaire hiérarchique indiquent que les antécédents d'événements traumatiques, les réactions péritraumatiques et l'intolérance à l'incertitude prédisent le nombre de symptômes d'ÉSPT.

Conclusion : Cette étude fait ressortir l'importance des antécédents d'événements traumatiques, des réactions péritraumatiques et de l'intolérance à l'incertitude dans le développement de l'ÉSPT. Les patients à risque de développer un ÉSPT devraient être identifiés rapidement dans le processus de réadaptation et pourraient bénéficier d'interventions visant la prévention de l'ÉSPT.

Mots clés : ÉSPT, état de stress post-traumatique, blessures médullaires, facteurs de risque, anxiété.

Abstract

Purpose: Many of the events that cause spinal cord injury (SCI) are traumatic events that can result in post-traumatic stress disorder (PTSD). It therefore appears that most persons with SCI are at risk for developing PTSD. This study retrospectively examined risk factors for PTSD symptoms in a sample of 71 persons with SCI.

Method: The Structured Clinical Interview for DSM-IV was used to assess full and partial PTSD diagnoses. Self-administered questionnaires were used to measure potential risk factors.

Results: Results indicated that 11% of the participants met the criteria for full PTSD, while an additional 20% met the criteria for partial PTSD at some point after their SCI. Hierarchical linear regression analyses revealed that trauma history, peritraumatic reactions and intolerance of uncertainty predicted the number of PTSD symptoms.

Conclusion: This study highlights the importance of trauma history, peritraumatic reactions and intolerance of uncertainty in the development of PTSD symptoms. Patients at risk of developing PTSD should be identified early in the rehabilitation process and could benefit from psychological interventions with the aim of preventing PTSD development.

Key words: PTSD; posttraumatic stress disorder; spinal cord injury; risk factors; anxiety.

Introduction

In the past decade, posttraumatic stress disorder (PTSD) has become a subject of interest in persons with spinal cord injury (SCI). A SCI results in an impairment or loss of motor or sensation functioning. A tetraplegia occurs if the individual is injured in the cervical region while a paraplegia is observed when the injury is in the thoracic, lumbar or sacral region. The function of the arms is preserved in the case of a paraplegia. A complete injury means that the individual is completely paralyzed below the lesion whereas when the injury is incomplete only part of the spinal cord is damaged and some motor or sensory functions can remain. Many of the experiences associated with sustaining a SCI can be considered traumatic according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*' ¹ definition such as the event causing the injury, realizing one's inability to move, witnessing another person's death or injury during the accident or even the neurological consequences of the injury. It therefore appears that most persons with SCI are at risk of developing PTSD. PTSD involves three categories of symptoms: (1) persistent reexperiencing of the event, (2) persistent avoidance of stimuli associated with the event and numbing of general responsiveness, and (3) persistent symptoms of increased arousal. ¹ These symptoms must be present for at least one month and must cause significant distress or impairment in functioning in order to warrant a PTSD diagnosis.

Prevalence of PTSD in persons with SCI

Recent studies have established the prevalence of PTSD in persons with SCI showing prevalence varying between 7% and 44% depending on studies. ²⁻⁸ Different factors could account for the variability observed in these studies but the fact that the samples were defined by the type of injury they sustained rather than the type of traumatic event they experienced is likely to have had an impact. Although the results are variable, it appears that patients with SCI generally experience PTSD at higher rates than the general population (7% ⁹) and at comparable rates to those found in other traumatized populations (10-25% ¹⁰). These statistics point to the importance of studying PTSD and the associated risk factors in persons with SCI. The identification of the risk factors for PTSD would allow the detection of people at risk

soon after a traumatic event and would contribute to the development of prevention strategies.¹¹

For the purpose of this study, risk factors are grouped into pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic factors. This grouping has been used by various authors and is useful for comparing risk factors between studies.¹²

Pretraumatic factors

Pretraumatic factors consist of characteristics of the individual that were present before the traumatic event. Regarding sociodemographic characteristics, some studies found that being younger at the time of the event,^{6, 13} being a female,¹³ being single,^{7, 13} and being less educated¹⁴ were associated with more PTSD symptoms in persons with SCI. However, other studies found no significant effect of age,¹⁵ gender,¹⁶ and marital status.¹⁴ Previous trauma exposure was consistently found to be correlated with PTSD symptoms in persons with SCI.^{5, 17, 18}

— The contribution of a personal or family history of psychiatric disorders, which was found to be a significant predictor in other populations^{19, 20} has not been investigated in persons with SCI to date.

Peritraumatic factors

Peritraumatic factors refer to characteristics of the event and to the person's reactions during or immediately after the event. In persons with SCI, injuries resulting from violence appear to be related to PTSD symptoms in some studies³ but not in others.²¹ Nielsen⁷ found that individuals injured during diving accidents, motor vehicle accidents or falls were at greater risk of developing PTSD than those injured in other sports-related or industrial accidents⁷ but found no effect for the type of trauma in another study.⁶ Being intoxicated during the event and trauma severity were not found to be related to PTSD, but sustaining a head injury during the traumatic event has been associated with PTSD severity.²¹

While the role of peritraumatic risk factors seems inconclusive in persons with SCI, it has been clearly established in other traumatized populations. More specifically, a recent meta-analysis showed that dissociation and emotional reactions during the event, perceived severity of the trauma and perceived life threat²⁰ are important predictors of PTSD in various traumatized populations. It would be worthwhile to study the impact of these variables in persons with SCI to see whether they bear similar importance.

Posttraumatic factors

Posttraumatic risk factors refer to factors being present after the traumatic event that can contribute to the development of PTSD. The lesion severity variable, that is determined by the level of the lesion (paraplegia or tetraplegia) and the completeness of the lesion (complete or incomplete) shows conflicting results. Some studies suggest an association between paraplegia and PTSD symptoms²¹ while others suggest that tetraplegia is associated with more PTSD symptoms.³ Martz²² found a curvilinear association between SCI severity and posttraumatic stress levels, but individuals with the least severe SCI had the higher scores on the PTSD measure that was used in her study. Some studies did not find any association.^{5, 16} Regarding the completeness of the lesion, one study suggests that having an incomplete lesion is a predictor of PTSD⁶ while other studies suggest that having a complete lesion is associated with more PTSD symptoms.^{7, 13}

Positive social support was found to be associated with fewer PTSD symptoms^{7, 14} and negative social support with more PTSD symptoms.⁷ Meta-analyses have also pointed out the importance of social support as lack of social support²⁰ and perceived social support¹⁹ were found to be among the best predictors of PTSD. Among other posttraumatic variables studied, neurogenic pain was found to be associated with higher posttraumatic stress levels²² (Martz, 2005). Trauma recency was found to be related to PTSD symptoms in some studies²¹ but not in others.⁵

Intolerance of uncertainty, the tendency to consider it unacceptable that a negative event may occur, regardless of the probability of its occurrence,²³ is a variable that has

received very little attention with regard to its possible role in PTSD. To the best of our knowledge, only one study has looked at the association between intolerance of uncertainty and PTSD, and it found a significant positive relationship between the two constructs.²⁴ According to the author, intolerance of uncertainty might be related to the hypervigilance symptoms of PTSD, which are characterized by efforts to avoid surprises and uncertainty. Sustaining a SCI involves a high degree of uncertainty (e.g., uncertainty about a possible recovery of certain functions, uncertainty about the impact the SCI is going to have on one's life, uncertainty about the future).²⁵ More research is needed to determine if intolerance of uncertainty could develop after a SCI and could foster the development and maintenance of PTSD by promoting the development of hypervigilance-related symptoms.

Results of the previously mentioned studies are sometimes conflicting, and some of the variables that have been shown to play major roles in other populations have not yet been studied in persons with SCI. Specifically, a personal and family history of psychiatric disorders, dissociation, emotional and physical reactions during the event, as well as perceived life threat have not been investigated to date. Clarification of the risk factors for PTSD in persons with SCI is therefore warranted. Moreover, many studies have used self-report questionnaires rather than validated clinical interviews to gather information about PTSD symptoms. The goal of this study was to investigate the prevalence of PTSD and the role of pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors for PTSD symptoms in persons with SCI. It also sought to remedy one of the major limitations of most studies conducted on this population by using a structured clinical interview to establish the PTSD diagnosis. To the best of our knowledge, our study is the first to investigate PTSD and its associated risk factors in a sample of French Canadians with SCI.

Because of the mixed findings of previous research in persons with SCI, hypotheses were developed based on recent meta-analyses of the risk factors associated with PTSD in different traumatized populations.^{19, 20} It was hypothesized that peritraumatic and posttraumatic risk factors would be better predictors of PTSD symptoms than pretraumatic risk factors. It was also hypothesized that peritraumatic dissociation and negative social support would be robust risk factors for PTSD symptoms.

Method

Participants

One hundred eleven individuals with SCI were contacted and invited to participate in this study. They were all patients at the outpatients' clinic of the Montreal Institute of Rehabilitation. Of the 111 individuals contacted, 83 agreed to participate allowing for a participation rate of 75%. Participants were injured on average 12.06 years before the study. The inclusion criteria were being at least 18 years old and having a stable SCI that was caused by a trauma and not by an evolving pathology or a congenital disease. Individuals who had suffered a moderate to severe traumatic brain injury at the same time as the SCI were excluded. Complete data were available for 71 participants.

Measures

Diagnoses of posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders. The Structured Clinical Interview [SCID] for DSM-IV²⁶ was used to establish the PTSD diagnosis after the lesion. Interviews were done by qualified and well trained research assistants. Lifetime and current symptoms were assessed with reference to the event causing the spinal cord injury. A diagnosis of partial PTSD was made when participants had at least one reexperiencing symptom, one avoidance and blunting symptom and one hyperactivation symptom, or one reexperiencing symptom and two hyperactivation symptoms.²⁷ History of PTSD was assessed when participants reported the presence of another traumatic event in addition of the one causing the SCI. The interview was also used to determine the presence of a lifetime diagnosis of other psychiatric disorders, such as acute stress disorder (ASD), major depressive disorder, alcohol and drug abuse and dependence disorders, and other anxiety disorders. The PTSD module of the SCID has good test-retest reliability (.78) and good inter-rater reliability (.88).²⁸ Studies conducted with the earlier version of the SCID suggest good concomitant validity ($k = .69$)²⁹ and good convergent validity with other measures of PTSD, such as the Clinician-Administered PTSD scale (CAPS).^{30, 31} Reliability studies indicate adequate reliability for the establishment of other current and lifetime diagnoses.³² An

independent interviewer rated 25% of the audiotaped evaluations and a perfect level of agreement was obtained for PTSD diagnosis ($\kappa = 1$).

Measures of sociodemographic, medical and pretraumatic variables. A questionnaire was developed to gather information about participants' age, gender, level of education, relationship status, cohabitation status (living alone or with someone), date and cause of SCI and family psychiatric history. Relationship status was measured by asking respondents to identify if they were currently single, in a common law relationship, married, divorced or widowed. The variable was dichotomized as single, divorced or widowed and in a common law relationship or married. Familial psychiatric history was assessed with the following question: "Have any of your family members ever had psychological problems?" If applicable, respondents had to indicate their relationship to this person and the kind of problems the person had had. Information about level of injury and completeness of lesion were obtained from participants' medical records.

The Trauma Assessment for Adults (TAA)³³ was used to measure the number of traumatic event experienced before the SCI. This interview contains 13 items referring to potentially traumatic events such as sexual abuse, natural disasters and serious accidents. The French version of this questionnaire demonstrates good internal consistency (.89) and excellent reliability (.97).³⁴

Measures of peritraumatic variables. The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)³⁵ contains 10 items that measure dissociation symptoms that may have occurred during the traumatic event. The French version has demonstrated good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .85$) and good test-retest reliability (.88).³⁶

The Initial Subjective Reaction Emotional Scale of the Potential Stressful Events Interview (ISR)³⁷ consists of 15 items relating to peritraumatic emotions that can be experienced during a traumatic event. A principal component factor analysis of the French version yielded the same four factors as the ones of the original version³⁸, demonstrating appropriate internal consistency. Because of item-overlap between the peritraumatic

dissociation/numbing subscale of the ISR emotional scale and the PDEQ, the five items of the ISR emotional scale pertaining to dissociation were excluded from the final score.

The Initial Subjective Reaction Physical Scale of the Potential Stressful Events Interview (ISR)³⁷ is a 10-item scale that assesses peritraumatic physical reactions that can be experienced during a traumatic event, such as shortness of breath, trembling and chest pain or discomfort. The French version of the questionnaire that was used in this study shows the same internal consistency (Cronbach's $\alpha = .86$) as that of the original version.³⁸

Since there is no consensus in the scientific literature on how to measure trauma severity,¹⁹ two questions were developed for the purpose of this study. Perception of trauma severity was measured by two questions that assessed participants' fear of being seriously injured and fear of dying during the event. Participants had to use a Likert scale to indicate the degree to which they were afraid of being seriously injured or dying during the traumatic event.

Measures of posttraumatic variables. The Perceived Negative Spouse Behaviors Scale³⁹ was used to measure the presence of negative social support in the month following the traumatic event. It is composed of 13 items that measure the perception of negative support (overtly negative and withdrawal/avoidant responses) received from the most significant person involved in the victim's life at the time of the traumatic event. The French version of this questionnaire has an internal consistency of .84 and a convergent validity of $r = -.43$.⁴⁰

The Short-Form McGill Pain Questionnaire⁴¹ contains 15 descriptors of pain that allow the assessment of sensory and affective aspects of pain. Actual daily pain level was assessed. The English version of the questionnaire demonstrated good internal consistency (0.73 & 0.89) and good convergent validity with results obtained using other pain-measurement instruments.⁴² The French version of the questionnaire that was used in this study shows appropriate internal consistency (Cronbach's $\alpha = .90$).

The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)⁴³ consists of 27 items relating to the idea that uncertainty is negative and should be avoided, that it leads to the inability to take action, and that it reflects poorly on a person. The French version of the IUS has excellent internal consistency ($\alpha = .91$) and has demonstrated criterion, convergent and discriminant validity.⁴³

Procedure

After receiving approval from the appropriate ethics committee, a nurse selected patients who responded to the inclusion criteria of the study and contacted them by phone to tell them about the study. Patients were told that the study was seeking to assess potential stress reactions after a SCI. Patients who agreed to participate were interviewed by a research assistant at the rehabilitation centre. The interview consisted of administering the SCID and the TAA respectively. Demographics and medical information were also collected during the interview. Participants were then asked to complete the aforementioned questionnaires at home and to mail them back. They were given a stamped, pre-addressed envelope for this purpose.

Data analysis

Data analyses were performed using the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 13.0. Descriptive analyses were used to obtain PTSD prevalence and participants' characteristics. Posttraumatic delay (decimal logarithm), annual income (square root), emotional reactions (square root), reactions of dissociation (square root) and intolerance of uncertainty (square root) were transformed to achieve normality. The number of children the participants had, the trauma severity (as measured by the fear of dying and the fear of being seriously injured), trauma history, new traumas after the event and negative social support were dichotomized because their distribution could not be normalized. A composite score was obtained for dissociation reactions, emotional reactions and physical reactions at the time of the event because these variables were highly intercorrelated. The new variable obtained from this computation was named "peritraumatic reactions."

Univariate analyses were carried out to identify potential PTSD predictors. Predictors included sociodemographic variables, as well as pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors. The outcome variable was the maximum number of clinical PTSD symptoms since the lesion. The maximum number of clinical PTSD symptoms was used as an outcome measure since it is more sensitive compared to categorical assessment. A hierarchical linear regression was performed to determine how much of the variance in the number of PTSD symptoms, as measured by the SCID, was explained by pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors. Only the risk factors that were found to be correlated with the number of PTSD symptoms in the univariate analyses were included in the regression. Pretraumatic risk factors were entered in the first step followed by peritraumatic risk factors and posttraumatic risk factors. The “enter” method was used for all steps.

Results

Characteristics of the sample

Of the 83 people who were interviewed for this study, 12 were excluded because they did not return the questionnaire package following the interview. No significant differences were found between participants who returned the questionnaires ($N = 71$) and those who did not ($N = 12$) in terms of sociodemographic characteristics and of pretraumatic, peritraumatic and posttraumatic risk factors. Participants' characteristics are presented in table 1.

Insert Table 1

Prevalence of full PTSD, partial PTSD and PTSD symptomatology

In our sample, the prevalence of participants diagnosed with full PTSD at some point since the lesion was 11%, while an additional 20% of the participants had met the criterion for partial PTSD. Participants reported an average of 3.69 ($SD = 2.92$) clinical symptoms of PTSD. Forty-one percent of the participants had met the reexperiencing criterion, 30% the

avoidance and blunting criterion and 35% the hyperactivation criterion at some point since the lesion.

Simple regression analysis

Correlations between predictors and outcome variables are presented in Table 2. Trauma history, peritraumatic reactions, negative social support, pain and intolerance of uncertainty were found to be significantly correlated with number of PTSD symptoms. A one-way analysis of variance (ANOVA) on the categorical variable of “type of trauma” revealed that the mean numbers of clinical PTSD symptoms were not significantly different among the six types of “trauma category” variables (motor vehicle, work, diving, or sports-related accidents, a medical condition, or a fall).

Insert Table 2

Linear regression analysis for number of PTSD symptoms

Table 3 shows the results of the linear regression analysis for the number of clinical PTSD symptoms. The results showed that trauma history predicted 8% of the variance in PTSD symptoms, while peritraumatic reactions predicted 32% and intolerance of uncertainty predicted 10%. Negative social support and pain level did not significantly contribute to the variance in the number of PTSD symptoms.

Insert Table 3

Discussion

The purpose of this study was to examine the prevalence and risk factors for PTSD symptoms in a sample of persons with SCI using a pre, peri and posttraumatic risk factor model. Eleven percent of our sample had met the criteria for full PTSD at some point since their lesion and 20% had met the criteria for partial PTSD. A hierarchical linear regression

indicated that trauma history, peritraumatic reactions and intolerance of uncertainty significantly predicted the number of clinical PTSD symptoms.

Representativeness of the sample

Our sample appears to be representative of persons with SCI in Canada in terms of gender, cause of lesion, age at injury and severity of lesion, according to the Canadian Paraplegic Association.⁴⁴ With regard to the prevalence of PTSD found in our study, the rates were similar to those obtained by Radnitz and colleagues,⁸ who reported 12% of current PTSD and 29% of lifetime PTSD but lower than those obtained in other studies (24%²; 44%⁵). Many factors could explain the lower prevalence observed in our study. Possibly, the use of a clinical interview (in contrast to self-report questionnaires) allowing for a more in-depth investigation of symptoms contributed to the lower prevalence obtained in our study. Also, none of the participants from our sample sustained their injuries in events involving violence, which are known to have a higher association with PTSD than accidents.⁴⁵

Risk factors

Partially supporting our hypothesis, the results indicate that peritraumatic factors are the strongest predictors of PTSD symptoms among persons with SCI. Peritraumatic reactions, the variable that was created from dissociation reactions and emotional and physical reactions at the time of the trauma, were found to predict 32% of the variance in the number of PTSD symptoms. Since it has been proposed that dissociation may be the result of strong physiological arousal or intense emotions,⁴⁶ it is not surprising that these three variables were highly intercorrelated in our study. These results indicate that the individual's immediate emotional and physical responses to the traumatic event may bear crucial importance in the development of PTSD in the spinal cord injured population as they do in other populations.^{19, 20, 47} Regarding the dissociation variable specifically, it has been suggested that because dissociation reactions restrict awareness of the event, adequate emotional processing and integration of memories is impaired.⁴⁸ This mechanism would explain how dissociation leads to PTSD symptoms. However, it is important to note that the results obtained in our study

rely on retrospective reports of dissociation and emotional and physical reactions at the time of the traumatic event. Candel and Merckelbach⁴⁹ argue that many factors such as forgetting, attributions (severe consequences must have intense causes), malingering, intentional over-reporting, and fantasy proneness are likely to influence retrospective reports of dissociation. For many reasons, participants may have (consciously or not) underestimated or overestimated their report of how they reacted and how they felt during the traumatic event. The independent role of dissociation has also been questioned, as it appears that when it is assessed prospectively, if one takes into account the impact of other variables such as prior psychiatric history, it loses its predictive power.⁵⁰ In the same way, Bryant⁵¹ postulates that the relationship between dissociation and PTSD could be explained by the fact that dissociation is associated with other known risk factors for PTSD. He suggests, among many hypotheses, that dissociation reactions are associated with later PTSD symptoms because of their association with extreme anxiety and hyperarousal at the time of the traumatic event. Although our results concur with those reported in most of the previous literature on PTSD and peritraumatic reactions, further research is needed to clarify the role of these variables.

Contrary to our expectations, posttraumatic factors did not make a more significant contribution to the variance of PTSD symptoms than pretraumatic factors. In our study, these two groups of factors appear to bear similar importance. As a pretraumatic factor, trauma history was found to be correlated with the number of PTSD symptoms indicating that the number of PTSD symptoms tends to increase with the number of traumatic events experienced prior to the SCI. Trauma history was found to significantly predict 8% of unique variance in the number of PTSD symptoms. This association between trauma history and PTSD supports the findings of previous studies done on persons with SCI^{5, 22} and other populations,^{19, 20} suggesting that a vulnerability to PTSD develops after a first exposure to a traumatic event.⁵²

Negative social support was not a significant predictor, although it was found to be significantly correlated with the number of PTSD symptoms. This result is inconsistent with the results obtained in most of the studies done on persons with SCI^{7, 14} and other populations.^{19, 20} One possible explanation is that the measure chosen for this study was not

suitable for the spinal cord injured population. The participants were asked to evaluate perceived negative and positive social support from their most significant other in the month following their SCI. It is possible that other aspects of social support, such as support from the rehabilitation centre staff or support from other patients, should also have been assessed since all the participants were either in a hospital or a rehabilitation centre during the month following their SCI. Because most patients were not living at home during that month, many items on the questionnaire may have been hard to answer. It is also possible that the lack of variance observed in the results of our social support measure could have resulted in statistically non-significant results for this measure. In fact, most participants scored very high on positive social support and very low on negative social support.

With regard to the role of other posttraumatic risk factors, intolerance of uncertainty correlated positively with the number of clinical PTSD symptoms and predicted 8% of the variance in the number of PTSD symptoms over and above pretraumatic and peritraumatic risk factors. This result is of particular interest because it suggests that intolerance of uncertainty, a construct that has an established relationship with worry,⁴³ may be an important factor to consider in PTSD development. This result replicates Smith's results,²⁴ but as mentioned previously, the nature of the relationship is not clear. It is possible that the participants became intolerant of uncertainty after experiencing their SCI and that this caused PTSD symptoms. It is also possible that the hypervigilance associated with PTSD generated intolerance of uncertainty. A third possibility is that the participants were intolerant of uncertainty before their SCI and that this variable acted as a pretraumatic risk factor. Further research is needed to clarify the role of this variable.

Finally, pain correlated with the number of clinical PTSD symptoms but did not emerge as a significant predictor. The significant association between pain PTSD corroborates Martz's²² results. As suggested by Martz²², this association may be explained by the fact that pain might act as a constant reminder of the traumatic event.

In summary, our study suggests that the predictors of PTSD in persons with SCI are similar to the ones that have been identified in different traumatized populations (that is,

previous trauma exposure and peritraumatic variables). The results we obtained prevent us from identifying variables that are distinctive to persons with SCI and suggests that the physical trauma and the psychological trauma may operate independently. The numerous potentially traumatic events associated with this condition make it a complex phenomenon to study.

Methodological limitations

The first limitation of this study is its correlational nature, which makes it impossible to determine a causal relationship between the study variables and therefore to determine “true predictors” of PTSD in persons with SCI. One other limitation is the study’s retrospective design. Participants were evaluated on average 12 years after their SCI. It is possible that they overestimated or underestimated the presence of some PTSD symptoms or associated risk factors because of their difficulty remembering accurately how they had felt and which symptoms they had experienced at the time of their spinal cord injury. Another limitation concerns the representativeness of the sample. Although our sample appears to be representative of persons with SCI in Canada in terms of gender, cause of lesion, age at injury and severity of lesion, it might not be representative of other groups of individuals with SCI from other geographical regions. For instance, none of the participants from our sample sustained their injuries in events involving violence, which is the third cause of SCI in the United States according to the National Spinal Cord Injury Statistical Center.⁵³

Clinical implications

These findings have important clinical implications since they suggest that patients at risk of developing PTSD can be identified early in rehabilitation. Peritraumatic reactions should be assessed early in the rehabilitation process since it appears that dissociation reactions as well as strong physical and emotional reactions during the event seems to be important risk factors for PTSD in persons with SCI. A careful examination of previous traumatic events may also help identify individuals at risk. Individuals whose pretraumatic or peritraumatic factors put them at risk of developing PTSD could benefit from post-immediate

psychotherapeutic interventions that have been empirically validated such as cognitive-behavioural therapy^{54,55} early after the traumatic event. These interventions could prevent the development of PTSD or the development of chronic symptoms. Finally, strategies aimed at increasing tolerance for uncertainty could possibly help diminish the hypervigilance symptoms associated with PTSD.

Further research is needed to replicate these results and confirm the importance of peritraumatic reactions in PTSD development in persons with SCI and to clarify the association between intolerance of uncertainty and PTSD symptoms.

References

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. Agar E, Kennedy P, King NS. The Role of Negative Cognitive Appraisals in PTSD Symptoms Following Spinal Cord Injuries. *Beh Cog Psychother*. 2006;34(4):437-452.
3. Boyer BA, Tollen LG, Kafkalas CM. A pilot study of posttraumatic stress disorder in children and adolescents with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1998;11:75-81.
4. Boyer BA, Knolls ML, Kafkalas CM, Tollen LG, Swartz M. Prevalence and relationships of posttraumatic stress in families experiencing pediatric spinal cord injury. *Rehab Psychol*. 2000;45(4):339-355.
5. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *J Aff Disorders*. 2006;93(1-3):229-232.
6. Nielsen MS. Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*. May 2003;41(5):296-302.
7. Nielsen MS. Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries: the mediating effect of social support. *Rehab Psychol*. 2003;48(4):289-295.
8. Radnitz CL, Schlein IS, Walcsak S, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1995;8:145-149.

9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Jun 2005;62(6):593-602.
10. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. Jul 1998;55(7):626-632.
11. Martin M, Germain V, Marchand A. Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In: Guay S, Marchand A, eds. *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montreal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal; 2006:51-68.
12. Martin ML, Marchand A, Boyer R, Martin N. Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *J Trauma Diss*. 2009;10(4):451-468.
13. Kennedy P, Evans MJ. Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*. Jul 2001;39(7):381-386.
14. Danner G, Radnitz CL. Protective factors and posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *Int J Rehabil Health*. 2000;5(3):195-203.
15. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. Spinal Cord Injury, Posttraumatic Stress, and Locus of Control Among the Elderly: A Comparison with Young and Middle-Aged Patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2006;69(1):69-80.
16. Mona LR, Cameron RP, Lesondak LM, Norris FH. Posttraumatic stress disorder symptomatology in men and women with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2000;6(1):76-86.

17. Adkins RH, Hume B, Nabor M, Waters RL. Spinal cord injury identified with violence: Community reintegration in urban areas. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 1998;4(3):18-27.
18. Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermser LA, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Arch Phys Med Rehabil.* Jun 2005;86(6):1182-1192.
19. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* Oct 2000;68(5):748-766.
20. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* Jan 2003;129(1):52-73.
21. Radnitz CL, Hsu L, Willard J, et al. Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *J Trauma Stress.* 1998;11(3):505-520.
22. Martz E. Associations and Predictors of Posttraumatic Stress Levels According to Person-Related, Disability-Related, and Trauma-Related Variables Among Individuals With Spinal Cord Injuries. *Rehab Psychol.* 2005;50(2):149-157.
23. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in nonclinical sample. *Cog Ther Res.* 2001;25(5):551-558.
24. Smith JK. *Issues in PTSD assessment: Exploring intolerance of uncertainty and field dependence among PTSD veterans*, US: ProQuest Information & Learning; 2007:55-56.

25. Yoshida K. Uncertainty in the lives of people with spinal cord injury and rheumatoid arthritis. *Can J Rehabil.* 1996;10(1):5-14.
26. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment.*: Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2004:134-143.
27. Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* Apr 2004;17(2):85-95.
28. Zanarini MCS, A E, Bender D, Dolan R, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *J Pers Disord.* 2000;14(4):291-299.
29. Hovens JE, Op-den-Veld W, Falger PR, Schouten EG, et al. Occurrence of current posttraumatic stress disorder among Dutch World War II resistance veterans according to the SCID. *J Anx Disord.* 1992;6(2):147-157.
30. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* Jan 1995;8(1):75-90.
31. Hyer L, Summers MN, Boyd S, Litaker M, Boudewyns P. Assessment of older combat veterans with the clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* Jul 1996;9(3):587-593.
32. Rogers R. *Handbook of diagnostic and structured interviewing*: New York, NY, US: Guilford Press; 2001:106-111.

33. Resnick HSK, D G, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(6):984-991.
34. Stephensen R, Brillon P. Translation of Trauma Assessment for Adults. Montreal: University of Quebec in Montreal, 1995.
35. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Assessing psychological trauma and PTSD.* 1997:412-428.
36. Martin A, Marchand A. Validity and reliability of Peritraumatic Dissociatives Experiences Francophone Questionnaire. *34 th annual convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy.* New Orleans, 2000.
37. Falsetti SA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Freedy JR. A review of the "Potential Stressful Events Interview": A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *Behav Ther.* 1994;17:66-67.
- - -
38. Bernat JA, Ronfeldt HM, Calhoun KS, Arias I. Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress.* Oct 1998;11(4):645-664.
39. Manne SL, Taylor KL, Dougherty J, Kemeny N. Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *J Beh Med.* 1997;20(2):101-125.
40. Guay S, Bonaventure M. Le soutien social et les troubles anxieux. Paper presented at: Clinique en intervention cognitivo-comportementale de l'Hôpital Louis-H Lafontaine, 2002.
41. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30:191-197.

42. Burckhardt CS, Bjelle A. A Swedish version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Scand J Rheumatol*. 1994;23(2):77-81.
43. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Ind Diff*. 1994;17(6):791-802.
44. Canadian Paraplegic Association. Workforce participation survey of Canadians with spinal cord injuries. 2001; <http://canparaplegic.org>. Accessed March 19, 2009.
45. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hugues M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.
46. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi KL, Best SR, Wentworth KA. Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *J Nerv Ment Dis*. Jan 1999;187(1):15-22.
47. Lensvelt-Mulders G, van Der Hart O, van Ochten JM, van Son MJM, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1138-1151.
48. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):902-907.
49. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic Dissociation as a Predictor of Post-traumatic Stress Disorder: A Critical Review. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(1):44-50.
50. van der Velden PG, Wittmann L. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):1009-1020.

51. Bryant RA. Does dissociation further our understanding of PTSD? *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):183-191.
52. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):902-907.
53. National Spinal Cord Injury Statistical Center. Spinal cord injury Facts and figures at a glance. 2011; <https://www.nscisc.uab.edu/>. Accessed August 22, 2011.
54. Bryant RA, Moulds ML, Nixon, RV. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behav Res Ther*, 2003; 41(4):489-494.
55. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63(6):948-955.

Table 1
Characteristics of the sample

Variables	% (N)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gender			
Male	78.9 (56)		
Female	21.1 (15)		
Education			
High school	33.8 (24)		
Professional	8.5 (6)		
Collegial	18.3 (13)		
University	36.6 (26)		
Others	2.8 (2)		
Involved in a relationship			
Yes	53.5 (38)		
No	46.5 (33)		
Cohabitation			
Yes	70.4 (50)		
No	29.6 (21)		
Age at the time of the study		41.06	12.27
Age at injury		29.31	11.72
Trauma recency (yrs)		12.06	11.52
Type of trauma			
Motor vehicle accident	42.3 (30)		
Work accident	4.2 (3)		
Diving	15.5 (11)		
Sports	11.3 (8)		
Medical	14.1 (10)		
Fall	12.7 (9)		
Paraplegic	46.5 (33)		

84

Quadraplegic 53.5 (38)

Complete lesion 66.2 (47)

Incomplete lesion 33.8 (24)

Pain 13.68

10.47

Table 2

Correlations among predictors and outcome variables (N = 71)

Variables	Correlation with PTSD symptoms
Sociodemographics	
Gender	.15
Age at injury	.08
Education	.01
Involved in a relationship	.02
Cohabitation	.04
Pretraumatic factors	
History of depression	.05
History of drug or alcohol abuse or dependence	.01
History of anxiety disorders	.08
Trauma history	.29*
Family psychiatric history	.12
Peritraumatic factors	
Peritraumatic reactions	.60***
Trauma severity (Fear of dying)	.15
Trauma severity (Fear of being injured)	-.07
Loss of consciousness	-.18
Posttraumatic factors	
New trauma since lesion	.02
Negative social support	.24*
Intolerance of uncertainty	.54***
Para vs quad	.14
Completeness of lesion	.29
Trauma recency	-.08
Pain	.38***

*p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001.

Table 3

Hierarchical Linear Regression Analysis for the Prediction of Number of Clinical PTSD Symptoms N= 71

	Variables	B	SE B	β	R2	$\Delta R2$	Sr2
Step 1					0.083*		
	Trauma history	1.74	0.70	0.29*			0.08
Step 2					0.398	0.315***	
	Trauma history	1.20	0.58	.20*			0.04
	Peritraumatic reactions	2.02	0.34	0.57***			0.32
Step 3					0.520	0.122**	
	Trauma history	0.40	0.57	0.07			0.00
	Peritraumatic reactions	1.44	0.35	0.41***			0.12
	Negative social support	1.67	0.96	0.16			0.02
	Pain	0.02	0.03	0.06			0.00
	Intolerance of uncertainty	7.20	1.91	0.37***			0.10

*p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001

CHAPITRE IV

PERITRAUMATIC DISSOCIATION AS A MEDIATOR OF PERITRAUMATIC DISTRESS AND PTSD: A RETROSPECTIVE, CROSS-SECTIONAL STUDY (ARTICLE III)

Cet article est sous presse au *Journal of Trauma and Dissociation*

Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: A retrospective,
cross-sectional study

Catherine Otis, M. Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

André Marchand, Ph. D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Frédérique Courtois, Ph. D.

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

Résumé

L'objectif de cet article est d'examiner le rôle médiateur potentiel de la dissociation péritraumatique dans la relation entre la détresse péritraumatique et l'état de stress post-traumatique (ÉSPT). Soixante et onze patients blessés médullaires (BM) ont complété une entrevue et des questionnaires visant à mesurer les symptômes d'ÉSPT, la dissociation péritraumatique et la détresse péritraumatique. Les résultats suggèrent que la dissociation péritraumatique est un médiateur partiel de la relation entre la détresse péritraumatique et l'ÉSPT. Les résultats supportent l'hypothèse que la dissociation péritraumatique et la détresse péritraumatique puissent avoir des impacts distincts sur l'ÉSPT. Ils supportent aussi l'hypothèse que la dissociation péritraumatique soit une conséquence de la détresse péritraumatique. De plus, les résultats indiquent que bien que la dissociation péritraumatique soit un facteur de risque significatif dans le développement de l'ÉSPT, elle n'est pas nécessaire à son développement; la présence de détresse péritraumatique est dans certains cas suffisante. Ces résultats montrent qu'il est important d'évaluer la présence de détresse péritraumatique et de dissociation péritraumatique rapidement après un événement traumatique pour identifier les individus à risque de développer un ÉSPT et ainsi aider à prévenir le développement de conditions chroniques.

Mots clés : dissociation péritraumatique, détresse péritraumatique, ÉSPT, facteurs de risque.

Abstract

The objective of the present article was to examine the mediational significance of peritraumatic dissociation in the relationship between peritraumatic distress and posttraumatic stress disorder (PTSD). Seventy-one individuals with spinal cord injuries completed interviews and questionnaires measuring PTSD symptomatology, peritraumatic dissociation, and peritraumatic distress. Peritraumatic dissociation was found to partially mediate the relationship between peritraumatic distress and PTSD symptomatology. These findings provide support for the hypothesis that peritraumatic distress and peritraumatic dissociation significantly impact PTSD severity. The findings also support the hypothesis that peritraumatic dissociation is provoked by peritraumatic distress. The results further indicate that although peritraumatic dissociation seems to be a significant risk factor for PTSD, it is not necessary for the development of PTSD; the presence of peritraumatic distress may be sufficient. These findings highlight the importance of investigating peritraumatic reactions after a traumatic event in order to identify individuals at risk of developing PTSD. Such a practice may help prevent the development of chronic conditions.

Keywords: peritraumatic dissociation, peritraumatic distress, PTSD, risk factors.

Introduction

Recent epidemiological studies suggest that although 55% to 90% of individuals will be exposed to a traumatic event at some point, only a minority will develop PTSD (Breslau et al., 1998; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). This suggests that a multitude of factors modulate individual posttraumatic stress reactions and impact the likelihood of the development of PTSD. The past few years have seen an increase in research interest in the potential of peritraumatic reactions (i.e., reactions during or immediately after the traumatic event) to predict the development of PTSD. Peritraumatic variables include peritraumatic distress (defined as negative emotions [e.g., fear, helplessness, horror, guilt, shame] and intense physiological arousal [e.g., heart palpitations, sweating, dizziness, shaking] at the time of the trauma) (Fikretoglu et al., 2006) and peritraumatic dissociation, which involves such reactions as depersonalization, derealization, dissociative amnesia, out-of-body experiences, emotional numbness, altered time perception, and altered body image (American Psychiatric Association, 2000).

Two recent meta-analyses of the literature on the relationship between peritraumatic dissociation and posttraumatic stress have identified peritraumatic dissociation as an important correlate of PTSD (Breh & Seidler, 2007; Lensvelt-Mulders et al., 2008). Further, a meta-analysis of the literature on risk factors for PTSD found that peritraumatic dissociation was the best predictor of the development of the disorder (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Variables related to peritraumatic distress have also been demonstrated to be associated with PTSD in various traumatized populations (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998; Brewin, Andrews, & Rose, 2000; Brunet et al., 2001; Lawyer et al., 2006; Martin & Marchand, 2003). Moreover, Ozer and colleagues' (2003) meta-analysis identified peritraumatic emotions (a component of peritraumatic distress) as the second best predictor of PTSD.

Although associations between peritraumatic reactions and PTSD have been

consistently demonstrated, the relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation remains unclear. Some authors view peritraumatic dissociation as a defensive reaction to overwhelming anxiety; this reaction impedes access to stressful memories, thereby increasing the risk of PTSD (van der Kolk & van der Hart, 1989). Other authors have suggested that peritraumatic dissociation is the result of intense peritraumatic distress (Bernat et al., 1998; Friedman, 2000; Marmar et al., 1999). A study by Fikretoglu and colleagues (2006) provided support for the latter hypothesis, indicating that peritraumatic dissociation is an epiphenomenon of severe peritraumatic distress. Studies that have investigated predictors of peritraumatic dissociation add to the support for this hypothesis. Studies showed that loss of control during the trauma (Simeon, Greenberg, Knutelska, Schmeidler, & Hollander, 2003), negative emotions (Olde, van der Hart, Kleber, van Son, Wijnen, & Pop, 2005), physiological anxiety reactions (Sterlini & Bryant, 2002), fearing for one's life (Morgan, Hazlett, Wang, Richardson, Schnurr, & Southwick, 2001) and perceived threat (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; McCaslin et al., 2006) (all variables related to the concept of peritraumatic distress) predict peritraumatic dissociation.

Although it is important to acknowledge that the retrospective designs of most of the studies described above preclude us from establishing temporal relationships, theoretical models of dissociation and the literature on predictors of peritraumatic dissociation allow us to hypothesize that peritraumatic dissociation mediates the relationship between peritraumatic distress and PTSD.

The goal of the study was to investigate whether or not peritraumatic dissociation mediates the relationship between peritraumatic distress and PTSD. Based on theoretical assumptions and on findings from previous studies, we hypothesized that peritraumatic dissociation would be a significant mediator of the relationship between peritraumatic distress and PTSD severity.

Method

This study was part of a larger study designed to identify risk factors for PTSD in the spinal cord injury population.

Participants

All participants were outpatients at the Montreal Gingras-Lindsay Rehabilitation Institute. Of the 111 individuals with SCI contacted to participate in the study, 83 agreed to participate. The inclusion criteria were (a) minimum 18 years old, and (b) stable SCI caused by a traumatic injury (rather than by an evolving pathology or congenital disease). Individuals who had suffered a concurrent moderate to severe traumatic brain injury were excluded. Complete data were available for 71 participants. The participants were 56 men and 15 women, with an average age of 41 years ($SD = 12.27$ years). An average of 12 years had elapsed since the incident that caused the spinal cord lesion ($SD = 11.57$ years). Forty-seven percent of participants were paraplegic and 53% were tetraplegic; 66% had sustained a complete lesion and 34% had sustained an incomplete lesion. Forty-two percent of participants had been injured in motor vehicle accidents, 16% in diving accidents, 14% subsequent to a medical condition (e.g., tumor or disc prolapse), 13% during a fall, 11% in sports-related accidents, and 4% in work accidents.

Measures

Measures of sociodemographic variables. A questionnaire was developed to gather information about participants' age, gender, level of education, annual income, marital status, habitation status, employment status, date and cause of spinal cord injury, and family history of psychopathology.

Diagnoses of posttraumatic stress disorder. The Structured Clinical Interview (SCID) for DSM-IV (First & Gibbon, 2004) was used to establish the presence of current and lifetime PTSD symptoms and PTSD diagnosis. Symptoms were assessed with reference to

the event causing the spinal cord injury. A diagnosis of partial PTSD was made when participants had at least one reexperiencing symptom, one avoidance and blunting symptom and one hyperactivation symptom, or one reexperiencing symptom and two hyperactivation symptoms. The PTSD module of the SCID has good validity and reliability. An independent interviewer rated 25% of the audio-taped evaluations; a perfect level of agreement was obtained for PTSD diagnoses ($\kappa = 1$).

Measure of peritraumatic dissociation. The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PEDQ; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997) includes 10 items that measure dissociation during a traumatic event and immediately afterward.

Measures of peritraumatic distress. The Initial Subjective Reaction (ISR) Emotional Scale of the Potential Stressful Events Interview (Falsetti, Resnick, Kilpatrick, & Freedy, 1994) includes 15 items concerning peritraumatic emotions that may be experienced during a traumatic event and immediately afterward. Due to overlap between items from the peritraumatic dissociation/numbing subscale of the ISR emotional scale and items from the PDEQ, the five items related to dissociation on the ISR emotional scale were excluded from the final score.

The Initial Subjective Reaction (ISR) Physical Scale of the Potential Stressful Events Interview (Falsetti et al., 1994) is a 10-item scale measuring peritraumatic physical reactions that may be experienced during a traumatic event and immediately afterward. ISR emotional and physical scale scores were combined to provide a measure of "peritraumatic distress."

The French versions of the PEDQ and ISR physical and emotional scales have sound psychometric properties.

Procedure

The research protocol was approved by the appropriate ethics committee. Patients who agreed to participate signed the study's consent form and were interviewed at the

rehabilitation centre by a research assistant. The interview involved the administration of the SCID, and the collection of sociodemographic and medical information. Participants were asked to complete the questionnaires described above at home and return them by mail. The present study was conducted in French.

Data Analysis

Descriptive analyses were used to obtain PTSD prevalence and to describe the characteristics of the sample. The data on posttraumatic delay and dissociation reactions were transformed to achieve normality. Univariate analyses and hierarchical linear regression analyses were conducted to test the mediational model.

Research Design

This study used a correlational design. The predictor variable was peritraumatic distress, operationalized as global scores on both ISR scales. The potential mediator variable was peritraumatic dissociation, represented by global score on the PDEQ. Finally, the dependent variable was PTSD severity, defined by number of clinical PTSD symptoms reported on the SCID.

Results

Prevalence of Full PTSD and Partial PTSD

Eleven percent of participants had met the criteria for full PTSD at some point since their spinal cord lesion; an additional 20% of participants had met the criteria for partial PTSD at some point since the lesion.

Mediational Analysis

The mediation model was tested using the criteria proposed by Kenny (2011) (see Mackinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002 for a discussion of other methods to test mediation). Four conditions must be met to test a mediation effect: (1) peritraumatic distress (predictor) must be correlated with number of PTSD symptoms, (2) peritraumatic distress must be correlated with peritraumatic dissociation (potential mediator), (3) peritraumatic dissociation must be correlated with PTSD severity (dependent variable) when controlling for peritraumatic distress and (4) to conclude that mediation occurred, the effect of peritraumatic distress has to be eliminated or significantly reduced after controlling for peritraumatic dissociation. The conditions allowing testing of the mediational model were met.

We conducted two hierarchical regression analyses to determine whether or not the effect of peritraumatic distress was eliminated or reduced after controlling for peritraumatic dissociation. No control variables were included in the equation because the univariate analysis indicated that none of the control variables were significantly associated with PTSD severity. Model 1 demonstrated that peritraumatic distress significantly predicted PTSD severity ($\beta = 0.437, p < 0.001$) and explained 19% of the variance. In model 2, peritraumatic dissociation was included in the regression equation prior to the inclusion of peritraumatic distress: peritraumatic distress continued to significantly predict PTSD severity ($\beta = 0.252, p < 0.05$) but the percentage of variance explained dropped to 5.4%. Peritraumatic dissociation significantly predicted PTSD severity ($\beta = 0.575, p < 0.001$) and explained 33.1% of the variance. A partial mediation effect was demonstrated: the inclusion of peritraumatic dissociation in the regression equation reduced the effect of peritraumatic distress on PTSD severity. The effect was confirmed with a *z*-test (Sobel, 1982) ($z = 2.81, p < 0.05$). Figure 1 illustrates the mediational model.

Discussion

The purpose of the present study was to determine whether or not peritraumatic

dissociation mediates the relationship between peritraumatic distress and PTSD severity. In a finding consistent with prior research, we found that participants who reported greater peritraumatic distress reported more PTSD symptoms. Participants with greater peritraumatic dissociation also reported more PTSD symptoms, another result that is consistent with prior research. The mediational analysis suggested that peritraumatic dissociation has a partial mediation effect on peritraumatic distress. That is, the relationship between peritraumatic distress and PTSD severity may partially be a function of peritraumatic dissociation. The results also provide support for theoretical models that suggest that peritraumatic dissociation is provoked by peritraumatic distress. Further, the observed partial mediation suggests that individuals who experience peritraumatic distress may be at risk for PTSD, even in the absence of dissociation.

Our results also support the hypothesis that peritraumatic dissociation lacks sensitivity and specificity as a predictor of PTSD. That is, peritraumatic dissociation is neither necessary for the development of PTSD, nor does it absolutely predict PTSD (Bryant, 2007). From a clinical perspective, the results presented here highlight the importance of investigating individuals' peritraumatic reactions following a trauma. Early identification of individuals at risk for PTSD could prevent the development of chronic PTSD symptomatology.

Several methodological limitations of the study must be recognized. First, the cross-sectional nature of the study precludes both causal interpretations and conclusions about directionality between variables. The second significant limitation is that peritraumatic distress, peritraumatic dissociation, and PTSD symptoms were reported retrospectively. Participants may have had difficulty accurately remembering how they felt at the time of the traumatic event and in the months and years that followed. The third limitation is that in the questionnaires we used to measure peritraumatic variables, participants had to describe their reaction during the traumatic event and immediately afterwards. The term "immediately" may have been interpreted differently by each participant and thus we cannot be sure what was considered peritraumatic. The fourth limitation of our study is that our sample of spinal cord injured individuals may not adequately represent other populations of traumatized

individuals. To ensure generalizability, our findings should be replicated in samples exposed to different types of traumatic events. Prospective longitudinal studies should also be conducted in order to provide further support for the role of peritraumatic dissociation in PTSD. The predictors of acute PTSD and chronic PTSD may be different, and such studies would allow exploration of the differential impact of peritraumatic dissociation over time. Longitudinal designs would also be well suited for studying persistent dissociation. Briere, Scott, and Weathers (2005) observed that studies of these variables rarely specify the temporal boundaries of peritraumatic dissociation, and that persistence of dissociation over time is usually not measured. Consequently, it remains impossible to determine whether onset of dissociation or persistence of dissociation over time is the more relevant risk factor in the prediction of PTSD.

The strengths of the study presented here include rigorous interview-based assessment of individuals with PTSD and the study of an underinvestigated population. Further, the data yielded by this study highlight the need for continued research on the role of peritraumatic variables in PTSD.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Kenny, D. A. (2011). *Mediation*. Retrieved from <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>
- Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 53-69. doi:10.1300/J229v08n01_04
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives General Psychiatry*, 55, 626-632. doi:10.1001/archpsyc.55.7.626
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509. doi:10.1023/A:1007741526169
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-2301. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2295
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J.A., & Marmar, C.R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1480
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., & Freedy, J.R. (1994). A review of the "Potential Stressful Events Interview": A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *The Behavior Therapist*, 17, 66-67.

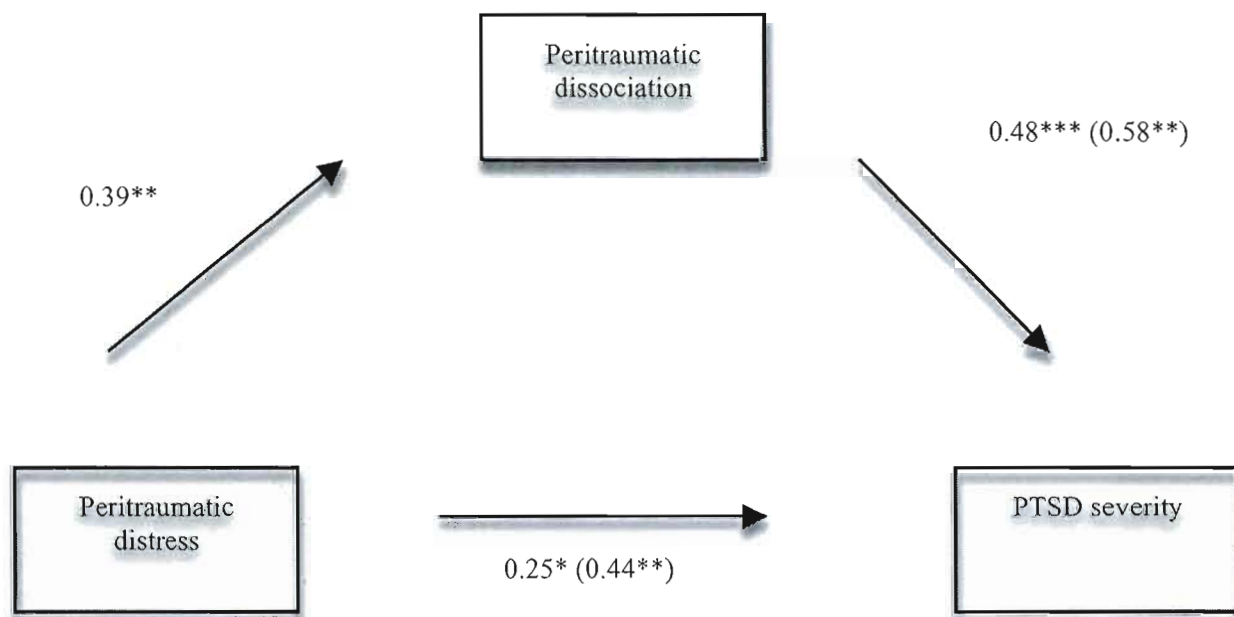
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S., Metzler, T., Delucchi, K., Weiss, D.S., Fagan, J.A., & Marmar, C.R. (2006). The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation: An examination of two competing models. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 853-858. doi:10.1097/01.nmd.0000244563.22864.fl
- First, M.B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment* (pp. 134-143). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Friedman, M.J. (2000). What might the psychobiology of posttraumatic stress disorder teach us about future approaches to pharmacotherapy? *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 7, 44-51.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 617-627. doi:62/6/617 [pii] 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Lawyer, S.R., Resnick, H.S., Galea, S., Ahern, J., Kilpatrick, D.G., & Vlahov, D. (2006). Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry*, 69, 130-141. doi:10.1521/psyc.2006.69.2.130
- Lensvelt-Mulders, G., van Der Hart, O., van Ochten, J.M., van Son, M.J.M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.006

- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104. doi: 10.1037/1082-989x.7.1.83
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 94-102.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Delucchi, K.L., Best, S.R., & Wentworth, K.A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 15-22. doi:10.1097/00005053-199901000-00004
- Martin, A., & Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among French-speaking university students. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 49-63. doi: 10.1300/J229v04n02_04
- McCaslin, S.E., Rogers, C.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Weiss, D.S., Fagan, J.A., Liberman, A., & Marmar, C.R. (2006). The impact of personal threat on police officers' responses to critical incident stressors. *Journal of Nervous Mental Disease*, 194, 591-597. doi: 10.1097/01.nmd.0000230641.43013.6800005053-200608000-00006 [pii]
- Morgan, C.A., 3rd, Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E.G., Jr., Schnurr, P., & Southwick, S.M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1239-1247. doi: 10.1176/appi.ajp.158.8.1239

- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R.J., van Son, M.J.M., Wijnen, H.A.A., & Pop, V.J.M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 125-142. doi: 10.1300/J229v06n03_06
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52
- Radnitz, C.L., Hsu, L., Willard, J., Perez-Strumolo, L., Festa, J., Lillian, L.B., Walczak, S., Tirsch, D.D., Schlein, I.S., Binks, M., & Broderick, C.P. (1998). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 505-520. doi:10.1023/A:1024404729251
- Sobel, M.E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J., & Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1702-1705. doi:10.1176/appi.ajp.160.9.1702
- Spitzer, M., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: Biometric Research Department.
- Sterlini, G.L., & Bryant, R.A. (2002). Hyperarousal and dissociation: a study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 431-437. doi:10.1016/S0005-7967(01)00021-3
- van der Kolk, B.A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

Figure 1

Mediating role of peritraumatic dissociation in the relationship between peritraumatic distress and PTSD severity



* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre propose d'abord une synthèse des résultats de recherche présentés dans les articles de cette thèse. Les résultats des articles empiriques sont discutés et interprétés en tenant compte des informations provenant de l'article théorique. Par la suite, l'auteure présente un modèle explicatif de l'ÉSPT adapté qui tient compte des facteurs prévisionnels propres aux blessés médullaires. Elle aborde les implications cliniques des résultats obtenus, discute des forces et des limites du programme de recherche, propose des pistes de recherche et termine par une conclusion générale.

5.1 L'état de la littérature sur la prévalence et les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez la population BM

Le premier objectif de la thèse consiste à effectuer une recension des écrits scientifiques portant sur la prévalence de l'ÉSPT et des facteurs de risque associés à son développement, et ce, chez la population blessée médullaire (BM). Les écrits scientifiques permettent de constater que ce champ d'études est en pleine progression. Par contre, la grande disparité des résultats obtenus, qu'ils concernent les prévalences d'ÉSPT ou les facteurs de risques associés à son développement, ne permet pas de tirer des conclusions sans équivoque. Quatre éléments principaux ressortent de la recension des écrits : 1) les prévalences rapportées dans l'ensemble des études se situent entre 7 % et 44 % et confirment l'étendue de l'ÉSPT dans la population BM; 2) les résultats des études recensées en ce qui concerne les facteurs de risque associés à l'ÉSPT demeurent ambigus et des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de clarifier l'état de la situation; 3) il semble y avoir consensus dans les études en ce qui a trait au rôle des antécédents d'événements traumatiques et du soutien social comme facteurs de risque élevés de développer un ÉSPT dans la population BM; 4) plusieurs considérations méthodologiques peuvent expliquer les

différences de résultats obtenus dans les études. Cette recension met en évidence la pertinence d'étudier le développement de l'ÉSPT dans la population BM.

5.2 La synthèse et l'interprétation des résultats du programme de recherche

5.2.1 La prévalence de l'ÉSPT chez la population BM

Le deuxième objectif de cette thèse vise à évaluer la prévalence de l'ÉSPT dans un échantillon de personnes BM. Les résultats présentés indiquent que 11 % des participants répondent aux critères de l'ÉSPT à un moment spécifique à la suite de leur blessure médullaire. De plus, 20 % des participants obtiennent le diagnostic d'ÉSPT partiel. À titre indicatif, 41 % des participants satisfont le critère des reviviscences (au moins un symptôme), 30 % répondent au critère de l'émoussement des affects et de l'évitement (au moins trois symptômes) et finalement 35 % comblent le critère d'hyperactivation neurovégétative (au moins deux symptômes).

Les taux d'ÉSPT complet rapportés dans la présente étude sont semblables à ceux rapportés par Martz (10 %; 2005), Nielsen (7 %; 2003b) et Krause, Saunders et Newman (10 %; 2010), mais ils sont beaucoup moindres que ceux rapportés dans certaines des études recensées dans la population BM qui suggèrent des taux pouvant aller jusqu'à 44 % (Chung, Preveza, Papandreou, & Prevezas, 2006a). Plusieurs raisons peuvent expliquer la prévalence plus faible, mais tout de même très significative d'un point de vue clinique, obtenue dans la présente étude. L'utilisation d'une entrevue clinique semi-structurée pour établir les diagnostics d'ÉSPT, contrairement à l'utilisation de questionnaires autorapportés, a fort probablement contribué à l'obtention de taux d'ÉSPT moins élevés. Des chercheurs suggèrent que l'entrevue clinique s'avère préférable comme instrument d'estimation des taux de prévalence avec les populations de gens ayant été blessés gravement durant l'événement traumatique, puisqu'ils sont susceptibles de confondre les symptômes psychologiques avec ceux reliés à la blessure physique, ce qui pourrait mener à des taux d'ÉSPT artificiellement élevés (O'Donnell et coll., 2003). En effet, une entrevue semi-structurée comme le SCID-I est une méthode d'évaluation clinique plus spécifique et précise que l'autoévaluation, car elle permet de mesurer systématiquement tous les critères et symptômes des tableaux cliniques comme ils ont été définis par le DSM-IV. Elle joint pour chacun d'eux une question que le

clinicien ou le chercheur doit poser aux patients. Qui plus est, un module est consacré à l'état de stress aigu, un autre à l'ÉSPT. L'entrevue clinique semi-structurée permet donc d'investiguer convenablement l'étiologie d'un symptôme. Par exemple, il importe de différencier les pensées intrusives des ruminations de l'accident et de ses séquelles, de distinguer les comportements d'évitement découlant de la détresse psychologique de ceux provenant de limitations physiques et de ne pas confondre l'hyperactivation causée par l'anxiété de celle en lien avec les douleurs physiques (O'Donnell et coll., 2003). À notre connaissance, avant nous, une seule équipe de chercheurs (Radnitz et coll., 1995) avait utilisé une entrevue structurée pour évaluer la symptomatologie reliée à l'ÉSPT. Nous pouvons donc stipuler que la prévalence obtenue dans notre étude reflète plus fidèlement la réalité clinique que celles obtenues dans des études ayant utilisé uniquement un questionnaire autorapporté comme instrument diagnostique.

Un autre élément pouvant expliquer le taux plus conservateur d'ÉSPT obtenu dans notre étude est relié aux types d'événements ayant causé la blessure médullaire dans notre échantillon. Dans les études sur l'ÉSPT dans la population BM, les échantillons de participants, bien qu'ils partagent le fait d'avoir une blessure médullaire, sont très hétérogènes en ce qui a trait aux types d'événements ayant causé la lésion. Dans la présente étude, 42,3 % des participants ont été blessés dans un accident de la route, 15,5% lors d'un plongeon, 14,1 % lors d'un incident de nature médicale, 12,7 % lors d'une chute, 11,3 % dans un accident de sport et 4,2 % dans un accident de travail. Il faut considérer que les causes de la blessure médullaire peuvent avoir un impact différent sur les taux d'ÉSPT observés dans les études. En effet, les événements traumatiques impliquant de la violence physique ou sexuelle semblent être associés à des risques plus élevés de développer un ÉSPT (Breslau et coll., 1998; Norris, 1992; Van Ameringen et coll., 2008). Les études ayant un échantillon de participants qui comprend des gens ayant été blessés au cours d'un événement impliquant de la violence physique pourraient donc révéler des taux d'ÉSPT plus élevés.

Nonobstant ces informations, la prévalence d'ÉSPT obtenue dans notre étude (11 %) est cliniquement significative. Cette donnée suggère l'importance du dépistage précoce et continu de cette condition dans la population BM et l'urgence d'offrir des interventions psychologiques appropriées aux patients qui en souffrent.

5.2.2 Les facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez la population BM

Le troisième objectif de la thèse vise l'identification des facteurs de risque associés à l'ÉSPT chez la population BM. Les résultats obtenus permettent de reconnaître trois facteurs de risque significatifs, soit (en ordre d'importance) les réactions péritraumatiques, qui expliquent 32 % de la variance unique, l'intolérance à l'incertitude, qui explique 10 % de la variance unique, et la présence d'événements traumatiques antérieurs, qui explique 8 % de la variance unique. En ce qui concerne les réactions péritraumatiques, les données obtenues dans le troisième article empirique (chapitre 4) permettent de clarifier le rôle de ces réactions en examinant la possibilité que la dissociation péritraumatique agisse comme médiateur de la relation entre la détresse péritraumatique et l'ÉSPT. La dissociation péritraumatique fut identifiée comme un médiateur partiel de cette relation. La prochaine section aborde de façon plus exhaustive le rôle des trois facteurs de risque étant ressortis comme des prédicteurs significatifs de l'ÉSPT. Nous discuterons par la suite du soutien social et des variables reliées à la sévérité de la BM, deux facteurs de risque qui se sont révélés non significatifs dans la présente étude.

5.2.2.1 Les réactions péritraumatiques

Rappelons que les réactions péritraumatiques englobent la détresse péritraumatique (composée des réactions émotionnelles et physiques au moment ou immédiatement après l'événement) ainsi que la dissociation péritraumatique. Les résultats obtenus dans la présente étude corroborent ceux obtenus dans trois méta-analyses récentes ayant identifié la dissociation péritraumatique comme un facteur de risque important de l'ÉSPT (Breh & Seidler, 2007; Lensvelt-Mulders et coll., 2008; Ozer et coll., 2003), ainsi que les résultats d'une autre méta-analyse ayant identifié les émotions péritraumatiques comme un des meilleurs facteurs prévisionnels de l'ÉSPT (Brewin et coll., 2000). Les résultats observés révèlent également qu'une partie significative de l'impact de la détresse péritraumatique sur l'ÉSPT passe par la dissociation péritraumatique. Cette constatation appuie les modèles explicatifs de la dissociation qui suggèrent qu'elle puisse être la conséquence d'un haut niveau de détresse péritraumatique (Bernat et coll., 1998; Friedman, 2000; Marmar et coll., 1999). Elle soutient également l'idée que, bien que la dissociation péritraumatique semble

être un fort facteur prévisionnel de l'ÉSPT, elle n'est pas nécessaire à son développement et ne constitue pas un facteur prévisionnel absolu (Bryant, 2007).

Par ailleurs, certains auteurs, dont Horowitz (1986), proposent que la dissociation péritraumatique puisse avoir un effet protecteur sur l'individu, car elle limite l'encodage d'éléments menaçants durant un événement traumatique. Puisque moins d'éléments menaçants seraient encodés, les souvenirs de l'individu seraient moins chargés en émotions négatives et seraient donc plus faciles à gérer. Nos résultats de recherche vont à l'encontre de cette hypothèse et supportent plutôt l'idée que, dans le contexte d'un événement traumatique, la dissociation péritraumatique a un impact négatif sur la symptomatologie post-traumatique subséquente. Ces résultats suggérant l'importance des réactions péritraumatiques dans le développement de l'ÉSPT chez la population BM sont d'autant plus intéressants qu'à notre connaissance, elles n'avaient jamais été examinées chez cette population.

5.2.2.2 L'intolérance à l'incertitude

L'intolérance à l'incertitude avait été incluse dans l'étude à titre exploratoire. À la suite de discussions avec des cliniciens travaillant auprès de la clientèle BM dans les milieux de réadaptation, il était ressorti que l'incertitude reliée aux différents aspects de la blessure médullaire était un élément difficile à tolérer pour les patients et exigeait souvent un travail thérapeutique. Il avait donc été décidé d'aborder cette variable dans l'étude comme un éventuel facteur de risque. Rappelons que l'intolérance à l'incertitude réfère au fait de réagir de façon négative aux événements incertains, indépendamment des probabilités de l'occurrence de ces événements (Ladouceur & Dugas, 1999). Les gens intolérants à l'incertitude la perçoivent comme inacceptable et menaçante. Il avait été décidé d'évaluer cette variable comme un facteur de risque post-traumatique. Bien qu'elle soit conceptuellement considérée comme une caractéristique dispositionnelle (Dugas & Robichaud, 2007), donc un facteur prétraumatique, il est important de considérer que certains facteurs prétraumatiques puissent changer après un événement traumatique (Martin et coll., 2006). Appuyant cette affirmation, l'hypothèse de la cicatrice stipule que les événements de vie très stressants peuvent changer certains aspects de la personnalité (Just, Abramson, & Alloy, 2001). Plus spécifiquement, il semble que les événements très négatifs, comme un

épisode dépressif majeur, vont laisser des cicatrices qui pourront prendre la forme de patrons cognitifs négatifs, absents avant l'événement. La présence de ces patrons cognitifs négatifs sera donc une conséquence de l'événement négatif vécu.

Ainsi, il est possible que des patients qui toléraient bien les situations incertaines avant la blessure médullaire développent des difficultés à tolérer l'incertitude associée à leur condition. En effet, devoir vivre avec les conséquences d'une blessure médullaire implique un haut degré d'incertitude, particulièrement dans les premiers mois de la réadaptation. Yoshida (1996) identifie certaines situations associées à l'incertitude chez les BM : 1) l'incertitude et l'incompréhension en lien avec le diagnostic posé; 2) l'incertitude reliée aux séquelles physiques et la possibilité de retrouver leur fonctionnement antérieur; 3) l'incertitude associée aux complications médicales possibles pouvant survenir à tout moment; 4) l'incertitude quant à la disponibilité des ressources qui leur permettront d'accomplir leurs activités quotidiennes.

Il importe de mentionner que, dans un contexte de réadaptation ou d'adaptation à une condition physique permanente, l'incertitude n'est pas toujours négative, même qu'elle serait parfois associée à l'espoir. Mishel (1988) a développé la théorie de l'incertitude perçue dans l'expérience de la maladie. Cette théorie suggère que l'incertitude puisse être perçue tant de façon négative que positive. Lorsqu'elle est perçue de façon positive, elle est associée à l'espoir. La personne tentera alors de maintenir ce degré d'incertitude par différentes stratégies de *coping*, comme la neutralisation de l'information négative et la pensée positive. Lorsque l'incertitude est perçue négativement, c'est-à-dire comme un danger ou une menace, des stratégies de *coping* visant sa diminution seront employées. Mishel (1988) parle de stratégies de maîtrise affective (visant à réduire les émotions négatives) et de stratégie de mobilisation (visant à diminuer l'incertitude). Dans la présente étude, le niveau d'intolérance à l'incertitude (concept qui inclut le fait de percevoir l'incertitude comme un danger ou une menace) prédisait le nombre de symptômes d'ÉSPT. Ce résultat rejoint ceux de la seule étude, à notre connaissance, ayant examiné la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'ÉSPT, qui avait également trouvé une association positive entre ces deux construits (Smith, 2008). Selon Smith (2008), l'association positive pouvait être expliquée par le fait que les symptômes d'hypervigilance associés à l'ÉSPT constituaient des efforts pour réduire

l'incertitude et éviter les surprises. Notons toutefois que cette étude n'a pas été effectuée avec un échantillon de patients BM, mais bien auprès de vétérans de guerre. Dans le même ordre d'idées, on pourrait émettre l'hypothèse que, puisque les individus ayant une blessure médullaire sont habituellement immergés dans l'incertitude, une difficulté à tolérer cette incertitude se développe et engendre des comportements d'hypervigilance (visant à diminuer l'incertitude), lesquels maintiennent la perception d'un danger omniprésent et le besoin d'éviter les stimuli associés à l'événement. Il est cependant à noter que le devis rétrospectif de notre étude ne permettant pas d'examiner l'apparition des variables dans le temps, il est possible que l'intolérance à l'incertitude ait été présente avant l'événement traumatique et qu'elle ait plutôt agi comme facteur de risque prétraumatique. Il est également possible que l'intolérance à l'incertitude se soit développée après les symptômes de l'ÉSPT et qu'elle soit une conséquence de ce trouble plutôt qu'un facteur de risque à son développement. De plus amples recherches semblent nécessaires afin de déterminer le rôle précis de cette variable dans le développement de l'ÉSPT chez les BM.

5.2.2.3 Les antécédents d'événements traumatiques

Les résultats confirment le rôle joué par les antécédents d'événements traumatiques comme facteur de risque prétraumatique d'importance dans le développement de l'ÉSPT chez la population BM. Ces résultats corroborent les études réalisées tant dans des populations ayant vécu différents événements traumatiques (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003) que dans la population BM (Adkins, Hume, Nabor & Waters, 1998; Chung et coll., 2006a; Martz, 2005). Ils supportent l'hypothèse de la sensibilité croissante qui stipule qu'un individu devient plus susceptible de développer un ÉSPT après un événement traumatique s'il a antérieurement été exposé à un ou plusieurs événements traumatiques (Post, Weiss & Smith, 2008). Rappelons toutefois que le pourcentage de variance unique expliqué par cette variable (8 %) est moindre que le pourcentage de variance unique expliqué par les réactions péri-traumatiques (32 %) et l'intolérance à l'incertitude (10 %). Les résultats des méta-analyses de Brewin et ses collaborateurs (2000) de même que d'Ozer et ses collaborateurs (2003) vont également dans ce sens, c'est-à-dire qu'ils suggèrent pour cette variable une taille d'effet qu'on peut qualifier de faible selon les normes établies par Cohen (1988). En comparaison, les variables péri et post-traumatiques ont des effets d'une ampleur

modérée. Notons que l'évaluation de la contribution de variables modératrices à la relation entre les antécédents d'événements traumatiques et l'ÉSPT permettrait de clarifier l'importance relative de cette variable. Par exemple, le rôle modérateur du nombre d'expositions antérieures ou du temps écoulé entre deux événements traumatiques devrait être examiné (Martin et coll., 2006).

5.2.3 Les facteurs de risque non significatifs

5.2.3.1 Le soutien social

Contrairement à l'hypothèse énoncée, le soutien social négatif ne s'est pas avéré un facteur prévisionnel significatif de l'ÉSPT. Bien que le soutien social négatif était positivement corrélé avec l'ÉSPT dans les analyses univariées, il n'apparaissait pas comme un facteur prévisionnel dans le modèle de régression final. Ces résultats ne vont pas dans le même sens que ceux des méta-analyses effectuées dans différentes populations (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003) ou de certaines études chez la population BM (Danner & Radnitz, 2000; Nielsen, 2003b). Comment expliquer ce résultat non attendu et divergent de ceux d'autres études? Il est possible que le peu de variance obtenue à notre instrument de mesure de soutien social, soit l'*Inventaire de soutien perçu*, ait contribué à l'obtention de résultats non significatifs. En effet, la grande majorité des participants ont répondu avoir perçu beaucoup de soutien social positif et très peu de soutien social négatif dans le mois suivant l'événement traumatique. Il aurait été intéressant d'évaluer la qualité du soutien sur une plus longue période afin de voir si cette satisfaction quant aux comportements de soutien se maintient dans le temps. La blessure médullaire est un événement potentiellement traumatique particulier, entre autres parce que son impact est visible, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des événements traumatiques qui laissent surtout des blessures psychologiques. Il est possible que les gens aient plus de facilité à être empathiques lorsque leurs proches sont victimes d'événements traumatiques laissant des séquelles physiques importantes. On peut postuler que les comportements de soutien de l'entourage soient positivement influencés, du moins pour une certaine période. Par ailleurs, le peu de variance observée pourrait également suggérer un manque de sensibilité de la mesure utilisée pour détecter les variations subtiles dans la quantité de soutien perçu.

Il est aussi possible que l'instrument choisi pour mesurer le soutien social n'ait pas été optimal pour la présente étude. Cet instrument mesure le soutien du proche le plus significatif perçu dans le mois qui suit l'événement. Comme la presque totalité des participants à l'étude étaient hospitalisés dans le mois suivant l'événement traumatique, il aurait été intéressant de mesurer le soutien perçu de la part du personnel de l'hôpital ou du centre de réadaptation, ainsi que des autres patients hospitalisés au même moment; en effet, les participants passaient la majorité de leur temps en compagnie de ces personnes plutôt qu'avec leur proche le plus significatif. De plus, il a possiblement été difficile de répondre à certaines questions de l'instrument de mesure, puisqu'elles faisaient allusion à des tâches devant être effectuées à la maison et non dans un contexte de réadaptation.

5.2.3.2 Les variables reliées à la sévérité de la BM

Aucune hypothèse spécifique n'avait été formulée quant aux rôles des variables reliées à la sévérité de la blessure médullaire, soit le niveau de lésion (paraplégie / tétraplégie) ainsi que l'étendue de la lésion (complète / incomplète), vu les résultats équivoques obtenus dans les études antérieures. En effet, certaines études suggèrent un lien entre la paraplégie et l'ÉSPT (Binks, Radnitz, Moran, & Vinciguerra, 1998; Hatcher, Whitaker, & Karl, 2009; Radnitz et coll., 1998a), tandis que d'autres suggèrent le contraire (Boyer et coll., 1998) ou n'observent aucune association (Chung et coll., 2006a; Mona et coll., 2000; Nielsen, 2003a, 2003b). Concernant l'étendue de la lésion, les résultats des études effectuées précédemment sont pour la plupart inconsistants. Les lésions complètes tout comme les lésions incomplètes prédisent parfois l'ÉSPT (Kennedy & Evans, 2001; Nielsen, 2003a, 2003b). Les résultats du présent programme de recherche n'ont trouvé aucune association entre le niveau de lésion ou l'étendue de celle-ci et l'ÉSPT. Ces résultats ne surprennent pas si on considère les écrits scientifiques sur le sujet. Les recherches semblent indiquer que, bien que le fait d'être blessé durant un événement traumatique constitue un facteur de risque reconnu dans le développement de l'ÉSPT (O'Donnell et coll., 2003), la sévérité objective de la blessure est une variable qui donne des résultats contradictoires en ce qui a trait à son pouvoir prédictif de l'ÉSPT. Il semble en fait que la sévérité subjective de la blessure soit une variable dont les résultats sont plus concluants (Haden, Tarrier, & Wells, 2007; Jeavons, 2000) et pour laquelle il y a une association positive avec les symptômes de l'ÉSPT. Il faut toutefois faire preuve de

prudence quant au rôle de cette variable, peu étudiée à ce jour. Cependant, ces résultats vont dans le sens des théories qui mettent l'accent sur l'importance d'évaluer la réponse subjective des individus à un événement traumatique. Lazarus et Folkman (1984) ont été les premiers à suggérer que l'interprétation que fait un individu d'un événement traumatique et de ses conséquences puisse être plus fortement reliée à une détresse psychologique subséquente que certaines variables de sévérité objective. La perception de menace à la vie est d'ailleurs identifiée comme un facteur de risque considérable de l'ÉSPT (Ozer et coll., 2003), ce qui confirme l'hypothèse de Lazarus et Folkman (1984), donc l'importance de l'expérience subjective lors d'un événement traumatique. Ces résultats suggèrent une explication plausible aux résultats non significatifs obtenus dans la présente étude entre la sévérité objective de la lésion et l'ÉSPT et indiquent qu'il pourrait être pertinent, dans une étude future, de s'attarder à la sévérité subjective de la blessure.

5.3 Un modèle explicatif de l'ÉSPT

5.3.1 Le modèle cognitif de l'ÉSPT d'après Ehlers et Clark

Plusieurs modèles explicatifs de l'ÉSPT ont été proposés au cours des dernières années ayant comme objectif de mieux comprendre le développement et le maintien de l'ÉSPT (pour une synthèse des modèles cognitivo-comportementaux de l'ÉSPT, voir Séguin-Sabouraux, 2006). Devant l'incapacité des modèles cognitivo-comportementaux existants à expliquer à eux seuls l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'ÉSPT, Ehlers et Clark (2000) ont développé un modèle cognitif permettant de comprendre surtout la persistance de l'ÉSPT. Leur modèle découle des travaux de différents chercheurs et des modèles proposés pour expliquer l'ÉSPT ayant été développés à partir d'observations sur des populations cliniques. Le modèle d'Ehlers et Clark est distinct de par la synthèse qu'il propose. Non seulement le modèle est-il adéquat pour commenter les diverses variables favorisant la persistance du trouble, mais il offre également un cadre conceptuel justifiant l'utilisation de stratégies cognitives et comportementales dans le traitement de l'ÉSPT.

Le modèle d'Ehlers et Clark propose comme postulat de base que l'ÉSPT devient chronique lorsque l'individu analyse l'événement traumatique d'une façon qui favorise le maintien d'une perception de danger imminent. Le sentiment de menace se trouve par la suite

omniprésent dans la vie de l'individu. Selon ces auteurs, le sentiment de menace provient principalement de deux sources distinctes soit: 1) une évaluation excessivement négative de l'événement traumatique et de ses conséquences ou séquelles; 2) un dérèglement de la nature du souvenir de l'événement traumatique ainsi qu'une perturbation de la mémoire autobiographique. La mémoire autobiographique fait référence au fait de se souvenir des événements vécus antérieurement dans un contexte précis. Le sentiment de menace imminente déclencherait les symptômes de reviviscence et d'hyperactivation neurovégétative de l'ÉSPT. Par la suite, les efforts entrepris pour diminuer ce sentiment de menace (évitement comportemental et cognitif, hypervigilance) empêcheraient qu'il y ait un changement dans la perception de cette menace. Le sentiment de menace serait conséquemment renforcé et le trouble deviendrait chronique. Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) est présenté ci-dessous et ses composantes sont décrites subséquemment. Ce modèle a été choisi pour rendre compte des résultats de la thèse, car il souligne la contribution des réactions péritraumatiques et des antécédents d'événements traumatiques, deux des trois facteurs de risque identifiés dans le programme de recherche. Ces deux facteurs de risque sont ombragés dans le modèle à l'endroit où Ehlers et Clark stipulent leurs effets. L'intolérance à l'incertitude, l'autre facteur de risque identifié dans le programme de recherche, a été ajoutée comme variable explicative additionnelle dans le modèle et apparaît dans le carré pointillé. Le modèle, adapté pour faire état du développement de l'ÉSPT chez la population BM, est donc légèrement différent de sa forme initiale.

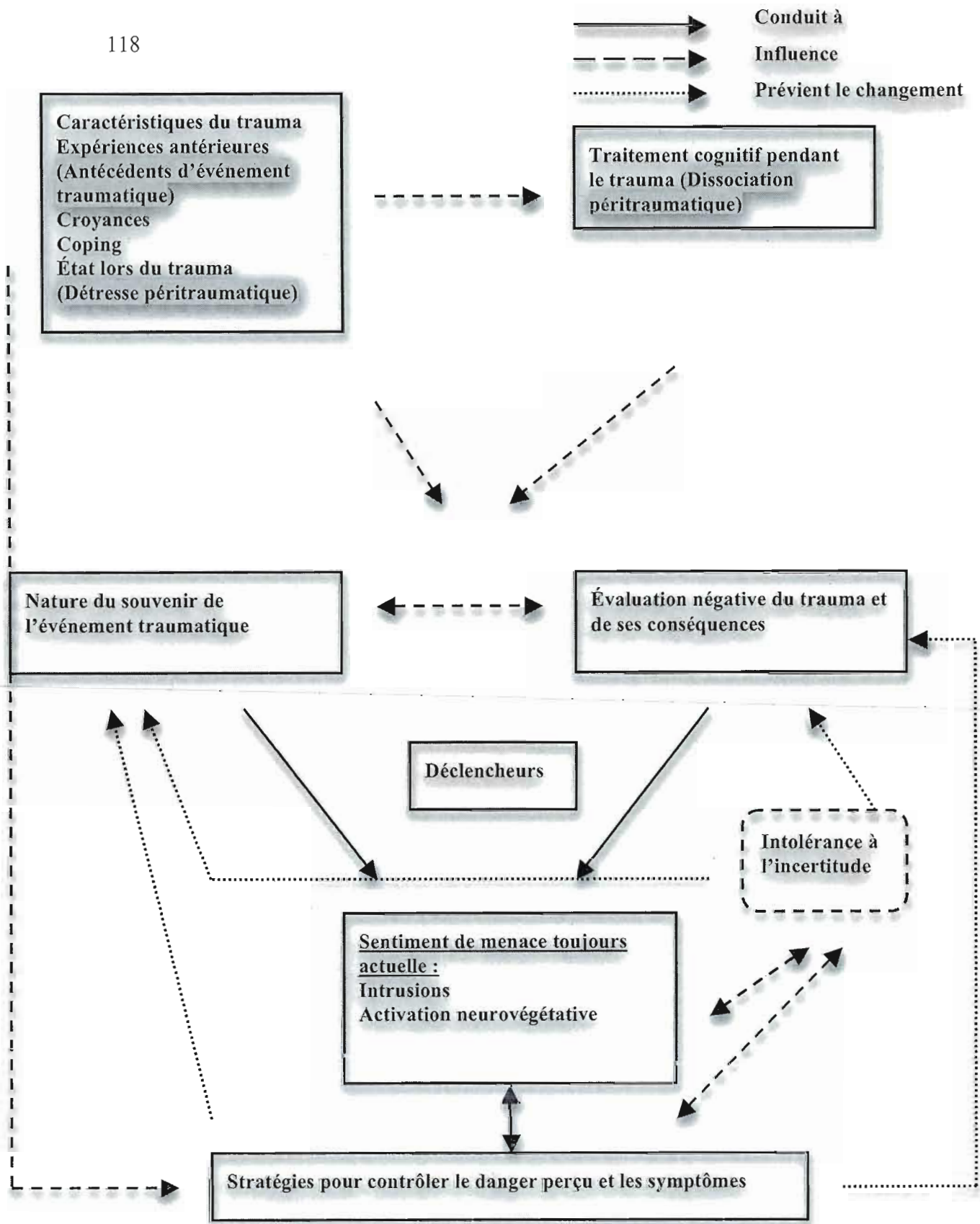


Figure 5.1 Modèle d'Ehlers et Clark adapté au développement de l'ÉSPT chez la population BM

5.3.1.1 L'évaluation négative du trauma et de ses conséquences

Le modèle stipule que les gens souffrant d'ÉSPT chronique, contrairement à ceux chez qui les symptômes s'estompent graduellement après un événement traumatique, adoptent une façon d'évaluer l'événement traumatique et ses conséquences qui maintient la perception d'une menace imminente. Cette évaluation négative et excessive peut se faire à différents niveaux et réduit la capacité d'un individu à percevoir l'événement traumatique comme un événement appartenant au passé, qui n'a pas nécessairement d'implications négatives dans l'avenir.

Premièrement, l'évaluation de l'événement traumatique comme tel peut faire en sorte que l'individu surévalue la probabilité de revivre un événement traumatique et généralise les situations dans lesquelles il y a du danger. L'individu peut également développer certaines pensées dysfonctionnelles en lien avec le fait que l'événement traumatique lui soit arrivé spécifiquement (p. ex., « j'attire le négatif ») qui maintiennent la perception de menace imminente. Dans le même ordre d'idées, l'individu peut croire qu'il aurait dû prévenir l'événement traumatique. Cette croyance aura des conséquences sur son sentiment de sécurité et de compétence. Deuxièmement, les conséquences ou séquelles de l'événement traumatique (conséquences financières, relationnelles, séquelles physiques, conséquences sur la santé ou sur l'apparence, symptomatologie post-traumatique) peuvent être interprétées comme un signe que la vie a changé, et ce, de façon négative, que ces changements sont permanents ou laissent présager un avenir négatif. Troisièmement, l'évaluation des réponses émotionnelles post-traumatiques joue également un rôle important. Par exemple, la perception de menace imminente entraînera de la peur; la perception d'être responsable de l'événement traumatique entraînera un sentiment de culpabilité, de honte, de colère; la perception d'avoir perdu quelque chose d'important dans l'événement entraînera de la tristesse.

5.3.1.2 La nature du souvenir de l'événement traumatique

Les auteurs du modèle soutiennent que la nature du souvenir de l'événement traumatique agit également comme facteur de maintien de la perception de menace imminente. Ce modèle est particulièrement intéressant du fait qu'il réussit à expliquer

adéquatement la complexité de l'ÉSPT en ce qui a trait au souvenir de l'événement. D'une part, les individus souffrant d'ÉSPT éprouvent souvent de la difficulté à donner une description complète de l'événement traumatique. Le rappel intentionnel est fragmenté et désorganisé. Des éléments importants de ce qui s'est déroulé peuvent être manquants. D'autre part, ils rapportent des symptômes intrusifs dérangeants, durant lesquels les souvenirs de l'événement sont vifs et sur lesquels ils ont peu de contrôle. Les auteurs proposent plusieurs explications à ce phénomène qui semble dû à des problèmes d'encodage de l'événement dans la mémoire autobiographique. De façon plus spécifique, les informations reliées au contexte de l'événement traumatique seraient mal encodées. Le souvenir de l'événement traumatique s'en trouverait peu élaboré et mal intégré à la mémoire autobiographique. Cela expliquerait les problèmes de rappel intentionnel ainsi que de la forte réactivité et la sensation de menace imminente quand l'individu entre en contact avec des stimuli qui lui rappellent l'événement. L'apprentissage par association serait particulièrement fort durant un événement traumatique, ce qui aurait comme conséquence que plusieurs des éléments présents durant le trauma agissent par la suite comme déclencheurs de reviviscences ou de réponses émotionnelles négatives. Le contact avec ces éléments de la vie de tous les jours entraînerait une fausse perception de danger et le besoin de se protéger.

5.3.1.3 Les stratégies pour contrôler le danger perçu et les symptômes

Comme l'indique le modèle, les stratégies utilisées pour contrôler la menace perçue ainsi que les symptômes de l'ÉSPT ont des effets indésirables. En plus d'augmenter les symptômes de l'ÉSPT, elles empêchent qu'il y ait un changement dans l'évaluation négative de l'événement traumatique ou de ses conséquences. De plus, elles ne permettent pas une modification dans la nature du souvenir de l'événement traumatique, ce qui favoriserait la formation d'un souvenir plus élaboré ainsi qu'une remise de l'événement dans son contexte. Ainsi, les efforts de suppression de la pensée, l'attention sélective aux indices de danger, l'adoption de comportements sécurisants, l'évitement des situations qui rappellent l'événement et la consommation d'alcool pour contrôler l'anxiété sont des exemples de facteurs de maintien de l'ÉSPT. Par ailleurs, la dissociation peut être utilisée après l'événement traumatique pour gérer les émotions négatives qui y sont associées. Elle aurait

également comme effet de bloquer l'élaboration du souvenir de l'événement traumatique et serait donc aussi néfaste sur le processus de guérison de l'ÉSPT.

5.3.1.4 Le traitement cognitif pendant le trauma

Le traitement cognitif que fait l'individu de l'événement traumatique aurait lui aussi une influence sur la nature du souvenir de l'événement ainsi que sur l'évaluation qu'en fait l'individu. Les auteurs du modèle donnent l'exemple de la « défaite mentale » qui aura une influence sur l'évaluation de l'événement traumatique et de ses conséquences. La défaite mentale se définit comme la perception de perdre toute autonomie durant un événement traumatique et l'impression de ne plus être humain. En ce qui a trait à l'influence du traitement cognitif pendant le trauma sur la nature du souvenir de l'événement, comme il a été mentionné précédemment, plusieurs éléments peuvent faire en sorte que l'événement ne sera pas encodé adéquatement dans la mémoire autobiographique. La dissociation péritraumatique, identifiée comme un des facteurs de risque importants dans le développement de l'ÉSPT dans le présent programme de recherche, peut nuire au bon encodage de l'événement et expliquer la fragmentation du souvenir traumatique.

5.3.1.5 Les caractéristiques de l'événement traumatique, les expériences antérieures et l'état de l'individu

Plusieurs facteurs de risque pré, péri et post-traumatiques sont pris en compte dans le modèle d'Ehlers et Clark. Notamment, selon ces auteurs, certaines caractéristiques de l'événement, les événements traumatiques antérieurs, une faible capacité intellectuelle, les croyances antérieures, le niveau de détresse péritraumatique durant et immédiatement après l'événement (émotions et réactions physiques) et le soutien social post-traumatique sont parmi les facteurs à considérer. Ces facteurs peuvent influencer sur le traitement cognitif durant l'événement traumatique, tout comme sur les deux éléments centraux du modèle (nature du souvenir de l'événement traumatique et évaluation négative de l'événement et de ses conséquences). Les stratégies qui seront utilisées après l'événement pour contrôler la menace perçue ainsi que les symptômes de l'ÉSPT seront aussi influencées. Ainsi, deux des facteurs de risque de l'ÉSPT identifiés dans le présent programme de recherche (soit le fait d'avoir vécu au moins un événement traumatique avant la blessure médullaire et la détresse

péritraumatique) sont reconnus comme pouvant influencer sur le traitement cognitif pendant le trauma et avoir un impact sur les deux éléments centraux du modèle. En ce qui a trait à la détresse péritraumatique plus spécifiquement, il apparaît que, par un processus possiblement semblable à celui de la dissociation, le fait d'avoir vécu des émotions négatives ou des réactions physiques d'anxiété très fortes peut réduire la capacité d'un individu à traiter l'événement traumatique de façon organisée.

5.3.1.6 L'intégration de l'intolérance à l'incertitude au modèle d'Ehlers et Clark

Comme mentionné précédemment, dans le présent programme de recherche, l'intolérance à l'incertitude fut considérée comme une variable post-traumatique. Provoquant une expérience complexe, la blessure médullaire déclenche un haut degré d'incertitude dans plusieurs sphères de la vie du patient, si bien qu'on peut stipuler que l'intolérance à l'incertitude, chez certains individus, se développe ou s'accroît après la blessure médullaire et a des impacts sur différents éléments du modèle d'Ehlers et Clark. D'abord, elle pourrait contribuer à augmenter le sentiment de menace actuelle et conséquemment favoriser le maintien de l'hypervigilance caractéristique de l'ÉPT. Pour tenter de diminuer les émotions négatives associées à l'incertitude, l'individu utiliserait toutes sortes de stratégies afin de contrôler le danger perçu et les symptômes. L'emploi de stratégies de contrôle maintiendrait l'état d'hypervigilance et la perception que les situations incertaines sont dangereuses et doivent être évitées. L'intolérance à l'incertitude préviendrait donc les changements dans la nature du souvenir de l'événement traumatique ainsi que dans l'évaluation de l'événement et de ses conséquences.

5.4 Les implications cliniques des résultats

Les résultats du présent programme de recherche ont des implications cliniques majeures pour ce qui est du dépistage de l'ÉPT, de la prévention secondaire et de la prévention tertiaire.

De façon générale, les résultats suggèrent que le personnel médical des milieux de réadaptation devrait être sensibilisé à la possibilité qu'un ÉPT puisse se développer à la suite d'une blessure médullaire. Il devrait mieux connaître les caractéristiques cliniques de

l'ÉSPT et posséder des instruments de dépistage fiables et valides. En effet, les taux de prévalence de l'ÉSPT chez les BM démontrent une réalité clinique qui doit être considérée durant les différentes phases de la réadaptation. Une sensibilisation du personnel médical aux manifestations des caractéristiques cliniques de l'ÉSPT et une formation en la matière seraient en ce sens pertinentes. Elles feraient en sorte que les patients identifiés soient rapidement orientés vers les ressources thérapeutiques adéquates.

5.4.1 Le dépistage

Les résultats du programme de recherche mettent en évidence la pertinence de tenir compte des antécédents d'événements traumatiques, de l'intolérance à l'incertitude et des réactions péritraumatiques comme facteurs prévisionnels dans le développement de l'ÉSPT. Ces informations ont des implications cliniques importantes d'un point de vue de dépistage des patients à risque de développer un ÉSPT. Dans le cadre du suivi multidisciplinaire offert aux patients dans les centres de réadaptation au cours des semaines ou des mois qui suivent la blessure médullaire, tous les patients sont rencontrés par un psychologue et peuvent profiter d'un suivi psychologique régulier s'ils en ressentent le besoin. Nos résultats de recherche suggèrent que, lors des premières rencontres avec le patient, les psychologues (ou autres intervenants) devraient tenter d'identifier les individus ayant vécu des émotions négatives intenses, de fortes réactions physiques d'anxiété ainsi que des réactions dissociatives durant ou immédiatement après l'événement traumatique. Ils devraient être attentifs aux antécédents de leurs patients en matière d'exposition à des événements traumatiques, puisque les patients qui en ont vécu sont plus à risque de développer un ÉSPT à la suite d'un nouvel événement. Nos résultats suggèrent aussi la pertinence d'évaluer avec soin le degré d'intolérance à l'incertitude des patients après la blessure médullaire. Immanquablement, ceux-ci vivront une période de haute incertitude concernant, entre autres choses, leur degré d'indépendance fonctionnelle future. Les gens éprouvant de la difficulté à tolérer l'incertitude seront probablement plus à risque de développer un ÉSPT.

Par ailleurs, le dépistage devrait se faire de façon précoce, mais également de façon continue dans le temps. En effet, on peut émettre l'hypothèse que, chez certains patients, les réactions de stress se feront sentir une fois l'état physique stabilisé et le processus de

réadaptation bien entamé. Le dépistage des patients à risque devrait donc s'échelonner sur au moins un an pour s'assurer de couvrir l'ensemble de la période de réadaptation intensive et de pouvoir identifier les patients qui développeront un ÉSPT à survenue différée. Dans cette optique de dépistage continu, il pourrait être pertinent de développer une mesure permettant aux patients d'autoévaluer leurs symptômes de stress périodiquement. Cette mesure pourrait prendre la forme d'un questionnaire autorapporté conventionnel ou qui pourrait être rempli par Internet. Des scores indiquant à quel moment il convient d'aller chercher de l'aide psychologique pourraient être établis et serviraient d'indicateurs aux patients et aux intervenants qui les suivent.

Certains instruments pourraient être utilisés en complémentarité à une entrevue clinique pour étudier ces variables. Les questionnaires suivants pourraient être utilisés : l'*Échelle des événements traumatiques antérieurs* (Resnick, 1996), le *Questionnaire sur les expériences dissociatives péritraumatiques* (Marmar et coll., 1997), l'*Inventaire de détresse péritraumatique* (Brunet et coll., 2001) et le *Questionnaire d'intolérance à l'incertitude* (Freeston et coll., 1994). Les patients qui apparaissent à risque de développer un ÉSPT selon l'évaluation de la présence des facteurs de risque pourraient bénéficier de psychoéducation quant aux répercussions possibles des symptômes et être suivis étroitement. Ceux qui développeraient le trouble pourraient être traités rapidement. Il importe par ailleurs de mentionner que, dans les semaines suivant la blessure médullaire, l'intervention prioritaire consiste à stabiliser l'état physique du patient. Le dépistage des patients à risque de développer un ÉSPT devrait donc se faire en regard de la stabilité de l'état de santé du patient.

5.4.2 La prévention secondaire

Les stratégies de prévention secondaire sont utilisées dans le mois suivant l'événement traumatique et visent la prévention du développement de l'ÉSPT. Ces stratégies devraient être considérées pour les patients présentant les facteurs de risque identifiés dans le programme de recherche ainsi que pour les patients affichant une symptomatologie post-traumatique. On compte parmi les stratégies de prévention secondaire le débriefing psychologique et les interventions postimmédiates de type cognitivo-comportemental qui visent à prévenir ou à diminuer les séquelles post-traumatiques (Marchand, Bousquet des Groseilliers & Brunet, 2006). Plusieurs versions du débriefing psychologique ont été élaborées au fil des ans. La plus connue est celle de Mitchell (1983), une rencontre qui comprend sept étapes. Marchand et ses collègues (2006) résument les sept étapes du débriefing de Mitchell. Elles incluent : 1) une présentation des intervenants, une explication du processus de débriefing, des objectifs, des règles et une exploration des attentes des participants; 2) une discussion des faits au cours de laquelle chaque participant décrit l'événement traumatique; 3) une discussion des pensées des participants suscitées par le trauma; 4) une discussion des réactions au cours de laquelle chaque participant identifie ce qui a été le plus traumatique pour lui; 5) une discussion des symptômes de chaque participant; 6) de la psychoéducation sur les réactions normales de stress et sur les mécanismes d'adaptation; 7) un moment consacré aux questions des participants, à la préparation de la fin de la rencontre et à l'orientation des participants qui ont besoin d'une aide supplémentaire vers les ressources appropriées. L'utilisation du débriefing psychologique est cependant controversée. Actuellement, les études mesurant son efficacité semblent démontrer que cette intervention a peu d'impact sur la prévention du développement de réactions post-traumatiques et qu'elle peut même, dans certains cas, nuire au bon rétablissement des victimes (Marchand et coll., 2006). Dans ce contexte, nous recommandons plutôt l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale brève et précoce. Elle se distingue du débriefing psychologique par son plus grand nombre de séances et par une implication plus active de la victime dans le processus thérapeutique, entre autres choses. Plusieurs stratégies thérapeutiques visant le traitement des symptômes de l'ÉSPT et la prévention du développement d'un trouble chronique sont utilisées. D'abord, le thérapeute

utilise la psychoéducation pour informer le patient des symptômes de l'ÉSPT et des facteurs qui en favorisent le développement et le maintien. Des techniques de rééducation respiratoire ou de relaxation peuvent être employées avec les patients présentant une hyperactivation neurovégétative importante. L'exposition en imagination et l'exposition *in vivo* sont par la suite utilisées pour diminuer les symptômes de reviviscence et l'évitement comportemental et cognitif associés à l'ÉSPT. Parallèlement aux techniques d'exposition, la restructuration cognitive permet l'assouplissement des pensées agissant comme facteur de maintien des symptômes ainsi que la réévaluation du danger présent dans les situations ayant été associées à l'événement traumatique (Marchand et coll., 2006). Une intervention postimmédiate devrait être envisagée pour les patients qui ont un état de santé physique stable et qui sont intéressés à recevoir une aide psychologique en plus de leur programme de réadaptation fonctionnelle intensif. Les patients qui ont un état de santé ne leur permettant pas de recevoir l'intervention pourraient en bénéficier ultérieurement.

5.4.3 La prévention tertiaire

Les stratégies de prévention tertiaire visent la prévention de la chronicisation de l'ÉSPT chez des individus ayant développé le trouble. Il importe de pouvoir offrir aux patients qui développeront un ÉSPT à la suite d'une blessure médullaire un traitement basé sur des résultats empiriques valides. En ce sens, la thérapie cognitivo-comportementale est actuellement le traitement de choix, pour lequel il existe le plus de données probantes quant à son efficacité (Guay, Marchand, Lavoie, Grimard & Bond, 2006). Les stratégies thérapeutiques utilisées sont identiques à celles des thérapies brèves et précoces de cette même approche (psychoéducation, gestion de l'anxiété, exposition en imagination et *in vivo*, restructuration cognitive), mais le nombre de séances est supérieur. Il y a aussi des séances consacrées à la prévention de la rechute en fin de thérapie.

Le traitement de l'ÉSPT chez la population BM doit prendre en compte la particularité de ce type d'événement traumatique. Spécifiquement, les conséquences reliées aux séquelles physiques laissées par l'événement sur le patient et sur ses proches doivent être abordées. Les résultats de notre programme de recherche suggèrent aussi qu'il pourrait être bénéfique d'utiliser des stratégies visant à augmenter la tolérance à l'incertitude des patients.

Le concept d'intolérance à l'incertitude a une relation établie avec le fait de s'inquiéter de façon excessive (Dugas, Schwartz, & Francis, 2004) et a été largement étudié dans le cadre de traitements pour le trouble d'anxiété généralisée (Dugas & Robichaud, 2007). L'intégration des stratégies de traitement du trouble d'anxiété généralisée qui visent l'intolérance à l'incertitude pourrait être intéressante. Ainsi, les patients pourraient être amenés à reconnaître l'impossibilité de vivre dans une certitude absolue en ce qui a trait à l'évolution de leur condition physique et à leur vie de façon générale. Ils pourraient ensuite apprendre à identifier de quelle façon leur intolérance à l'incertitude se manifeste, pour être éventuellement encouragés à se placer volontairement dans des situations déclenchant de l'incertitude, dans un exercice s'apparentant à de l'exposition *in vivo*. On peut stipuler qu'augmenter le degré de tolérance à l'incertitude des patients pourrait avoir un impact sur les symptômes d'hyperactivation neurovégétative de l'ÉSPT et plus particulièrement sur l'hypervigilance. Nos résultats quant au rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le développement de l'ÉSPT doivent cependant être répliqués avant que la possibilité d'intégrer cette composante thérapeutique dans les traitements soit envisagée.

5.5 Quelques considérations méthodologiques

5.5.1 Les limites du programme de recherche

Le présent programme de recherche contient certaines limites qu'il convient de mentionner et qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. Le devis rétrospectif de l'étude constitue sa principale limite. Tout d'abord, ce devis fait en sorte qu'il est impossible d'établir de relations de cause à effet entre les variables indépendantes et dépendantes. Ainsi, nous ne pouvons conclure avec certitude que les variables ayant été identifiées comme des facteurs de risque de l'ÉSPT le sont vraiment. Une étude prospective permettrait de s'assurer de la séquence d'apparition des variables dans le temps et de s'assurer que les variables identifiées comme des facteurs de risque étaient bien présentes avant le développement de l'ÉSPT et ne sont pas une conséquence du trouble.

Il est également important de prendre en considération que les participants ont été blessés en moyenne 12 ans avant d'être rencontrés pour l'étude, ce qui peut avoir induit des biais de mémoire et avoir affecté la fiabilité et la validité des résultats obtenus. Il importe

aussi de tenir compte du fait que les participants ayant souffert d'un ÉSPT à la suite de la BM ont pu surévaluer l'intensité de leurs réactions au moment de l'événement, ce qui pourrait avoir eu un impact sur nos résultats concernant l'importance des réactions péritraumatiques comme facteurs de risque potentiels. En effet, il est possible que, pour s'expliquer la gravité des conséquences psychologiques découlant d'un événement traumatique, certaines personnes aient tendance à conclure qu'elles doivent avoir réagi de façon très négative au moment de l'événement.

Une autre limite provient du fait que notre échantillon n'était peut-être pas représentatif de la population BM. En effet, nous avons choisi de recruter les participants du programme de recherche à la clinique externe de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Bien que la grande majorité des patients BM soient suivis de façon régulière dans un centre spécialisé après leur accident et que l'IRGLM dessert le territoire de l'ouest du Québec, il est possible que ces patients diffèrent des patients suivis ailleurs. De plus, il est également possible que les patients ayant accepté de participer à l'étude aient été différents de ceux qui ont refusé. L'évitement de tout ce qui est relié à l'événement traumatique étant une caractéristique principale de l'ÉSPT, on peut émettre l'hypothèse que les gens ayant plus de symptômes d'un ÉSPT aient été réticents à participer à l'étude. Le haut taux de participation obtenu suggère cependant que cet élément n'a pas de conséquences sur la présente étude.

5.5.2 Les forces du programme de recherche

Malgré les limites mentionnées, ce programme de recherche comporte plusieurs forces. À notre connaissance, notre étude est la première à s'être attardée à la prévalence et aux facteurs de risque de l'ÉSPT dans la population BM au Canada. De plus, nous avons utilisé une entrevue clinique semi-structurée ayant des propriétés psychométriques établies pour évaluer la présence de l'ÉSPT. L'utilisation d'une entrevue plutôt que la passation d'un questionnaire nous a permis, d'une part, d'examiner la présence d'un ÉSPT actuel et passé, et d'autre part, de nous assurer que les symptômes rapportés par les participants émanaient réellement d'une difficulté psychologique et n'étaient pas la conséquence de difficultés sur le plan physique. Qui plus est, nous avons investigué sur les facteurs de risque de façon systématique en les séparant selon qu'ils ont été présents avant, pendant ou après l'événement

traumatique. Les instruments utilisés pour mesurer les facteurs de risque ont été choisis pour leurs très bonnes propriétés psychométriques. Ainsi, ils étaient tous fidèles et valides. De plus, bien que l'importance des variables péritraumatiques dans le développement de l'ÉSPT fût bien documentée dans différentes populations de victimes d'événements traumatiques, nous avons été les premiers chercheurs à analyser l'impact de ces variables dans la population BM. Finalement, l'utilisation d'analyses multivariées nous a permis de raffiner notre compréhension du rôle de certaines variables dans l'ÉSPT et d'observer le rôle médiateur de certaines d'entre elles.

5.6 Des pistes de recherche

Les résultats de ce programme de recherche ouvrent la voie à de nouvelles pistes de recherche et ajoutent des éléments intéressants quant à la possibilité de développer un ÉSPT à la suite de diverses conditions physiques, comme le démontre une littérature croissante sur le sujet. Une étape éventuelle logique serait d'investiguer sur la prévalence de l'ÉSPT et sur les facteurs de risque à son développement de manière prospective et longitudinale. Non seulement un tel devis de recherche permettrait d'examiner la séquence temporelle d'apparition des variables à l'étude, mais il pourrait également permettre de déterminer l'existence ou non de facteurs prévisionnels distincts pour l'ÉSPT aigu, chronique et à survenue différée. Ainsi, les facteurs de risque au développement de l'ÉSPT pourraient diverger de ceux qui prédisent le maintien des symptômes dans le temps, et cela aurait des implications cliniques importantes pour le dépistage et l'intervention auprès des patients. Idéalement, les patients devraient être évalués dans les jours suivant la blessure médullaire, puis un mois, trois mois et un an plus tard. Bref, l'évaluation des symptômes devrait être continue. Grâce à ce protocole d'évaluation, il serait possible d'observer le patron d'apparition des symptômes et de couvrir, pour la grande majorité des patients, la période de réadaptation intensive et le retour à la maison. Cela permettrait aussi d'évaluer l'impact concret de l'ÉSPT sur le processus de réadaptation des patients et sur des mesures objectives de santé physique. De plus, avec un devis prospectif et longitudinal, il devient possible d'établir des liens de cause à effet entre les variables indépendantes et dépendantes. Notons cependant la difficulté à réaliser des études prospectives chez la population BM. L'obstacle à l'évaluation rapide des symptômes, soit dans les jours qui suivent la blessure, est souvent

l'état de santé des patients, qui dépend évidemment de la sévérité de la lésion. Il se peut aussi que les patients ne soient pas dans un état psychologique favorable pour participer à un projet de recherche peu de temps après avoir été blessés. En effet, la plupart d'entre eux ont à digérer la nouvelle qu'ils ont des atteintes fonctionnelles importantes et permanentes. Un soutien psychologique non structuré peut être plus approprié dans les jours qui suivent l'événement traumatique.

Dans le même ordre d'idées, les recherches éventuelles doivent prendre en considération que l'ampleur de l'effet des différents facteurs de risque peut varier en fonction non seulement du diagnostic d'ÉSPT (complet, partiel, aigu, chronique, à survenue différée), mais également en fonction de la population étudiée et des caractéristiques de l'échantillon (p. ex., selon le sexe, l'âge, les populations à risque, le type d'événement traumatique vécu) (Brewin et coll., 2000; Martin et coll., 2006). Il devient donc essentiel d'analyser l'ampleur de l'effet des facteurs de risque en tenant compte de ces variables contextuelles.

Ensuite, l'utilisation d'analyses statistiques qui pourraient apporter de l'information cruciale sur les mécanismes causaux qui régissent les relations entre les facteurs de risque et l'ÉSPT, doit être encouragée dans les recherches futures. En effet, les associations bivariées entre les facteurs de risque et l'ÉSPT ne donnent que peu d'information sur les mécanismes causaux possibles (King et coll., 2004) et laissent la possibilité qu'une troisième variable soit responsable de l'association observée. King et ses collègues (2004) suggèrent l'utilisation de la régression multiple, d'analyse de trajectoire ou d'analyse d'équations structurelles pour raffiner les conclusions pouvant être tirées des études de facteurs de risque.

Des devis de recherche permettant de répondre à la question suivante sont également nécessaires : quel est l'impact différentiel dans le développement de l'ÉSPT des différents événements potentiellement traumatiques associés à la blessure médullaire? Comme il a été mentionné précédemment, la blessure médullaire est un phénomène complexe. L'événement qui cause la blessure peut être considéré comme traumatique, tout comme le fait de se retrouver paralysé de façon permanente et de perdre une partie de son autonomie. Des études qualitatives pourraient investiguer avec plus de raffinement cette expérience complexe. Une étude comprenant un groupe contrôle, un groupe de participants BM et un groupe de

participants ayant subi un autre type de blessure durant l'événement traumatique pourrait aussi s'avérer intéressante. Les participants des trois groupes pourraient être jumelés en fonction de l'événement traumatique vécu. Cela permettrait d'évaluer l'impact différentiel de l'événement qui cause la blessure, de la blessure médullaire comme telle et de la blessure non médullaire sur le développement éventuel de l'ÉSPT.

Il pourrait par ailleurs être pertinent dans une étude future d'évaluer le soutien social comme un construit multidimensionnel et non sous un seul angle. Ainsi, le soutien social structurel, qui réfère au nombre de personnes-ressources et à la fréquence des interactions sociales, et le soutien social fonctionnel, qui fait référence à la qualité des ressources disponibles et à la perception de l'individu en ce qui concerne le soutien reçu, pourraient être investigués (Guay, Marchand & Billette, 2006). Notons que le soutien social fonctionnel peut prendre plusieurs formes, soit le soutien émotionnel (qui fait référence aux échanges en ce qui concerne les émotions vécues par la victime d'un événement traumatique), le soutien informationnel (qui prend la forme de conseils ou de feedback), le soutien instrumental (qui consiste à offrir une aide matérielle ou financière ou des services tangibles), ainsi que le soutien de camaraderie (qui est relié aux activités de loisirs et de détente faites avec la victime) (Guay et coll., 2006). Il serait intéressant d'évaluer la contribution respective de ces différents types de soutien social ainsi que la contribution du soutien social négatif sur l'ÉSPT dans la population BM. Mesurer les différents aspects du soutien social au niveau péritraumatique pourrait aussi s'avérer une avenue de recherche prometteuse vu l'importance des réactions péritraumatiques dans notre programme de recherche. Par ailleurs, nous avons ici étudié la perception du soutien reçu de la part du proche le plus significatif après la blessure médullaire. Il serait intéressant, dans une étude future, d'inclure une mesure permettant une observation directe des interactions sociales aidantes ou problématiques entre la personne souffrant d'un ÉSPT et un proche significatif. Bien que complexe sur le plan méthodologique, cette observation rendrait possible une mesure objective du soutien offert, laquelle pourrait être comparée avec la perception du soutien reçu par la victime.

Par surcroît, une recherche sur les facteurs qui protègent les individus de l'ÉSPT s'impose. Dans la population BM, seulement une étude s'y est attardée (Danner & Radnitz, 2000). L'identification des facteurs de protection s'avère tout aussi nécessaire que celle des

facteurs de risque et permet le développement de stratégies de prévention secondaire et tertiaire (Martin et coll., 2006). Enfin, comme il a été mentionné précédemment, il pourrait être intéressant, dans une étude éventuelle, de s'attarder à la sévérité subjective de la blessure plutôt qu'à la sévérité objective, variable pour laquelle on obtient des résultats contradictoires quant à son pouvoir prédictif de l'ÉSPT.

5.7 Transfert des connaissances

Pour favoriser le transfert des connaissances et la diffusion des résultats du programme de recherche, les articles constituant les chapitres II, III et IV de la thèse seront publiés dans des revues scientifiques. Les résultats de recherche seront également présentés dans le cadre de congrès scientifiques en psychologie et en réadaptation. Par surcroît, une présentation pourra être organisée à l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal pour informer les professionnels de la santé y travaillant des résultats de recherche et les sensibiliser à l'importance de s'attarder à l'évaluation de l'ÉSPT et des facteurs de risque contribuant à son développement dans le cadre de leur pratique.

5.8 - Conclusion générale

En conclusion, il se dégage de la présente thèse la pertinence d'étudier l'ÉSPT chez la population BM. Les données recueillies en ce qui a trait à la prévalence confirment que cette condition clinique affecte une portion significative des patients BM et qu'il faut s'y attarder dans les milieux de réadaptation. Les résultats concernant les facteurs de risque sont pour la plupart similaires à ceux obtenus dans d'autres populations de victimes d'événements traumatiques, ce qui suggère que ces variables agissent de façon semblable dans la population BM. Ainsi, les antécédents d'événements traumatiques, les réactions péritraumatiques et l'intolérance à l'incertitude semblent jouer un rôle important dans le développement de l'ÉSPT à la suite d'une BM. Le dépistage précoce des patients à risque de développer un ÉSPT pourrait favoriser la prévention. On pourrait escompter des répercussions positives sur la santé psychologique des patients, ce qui les aiderait à mettre en action toutes les ressources psychologiques nécessaires à leur réadaptation physique.

APPENDICE A

■ Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **N.-B.** : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
 - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
 - (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.-B.** : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
 - (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
 - (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause
- C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
 - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique** *(suite)*

- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hypervigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

APPENDICE B

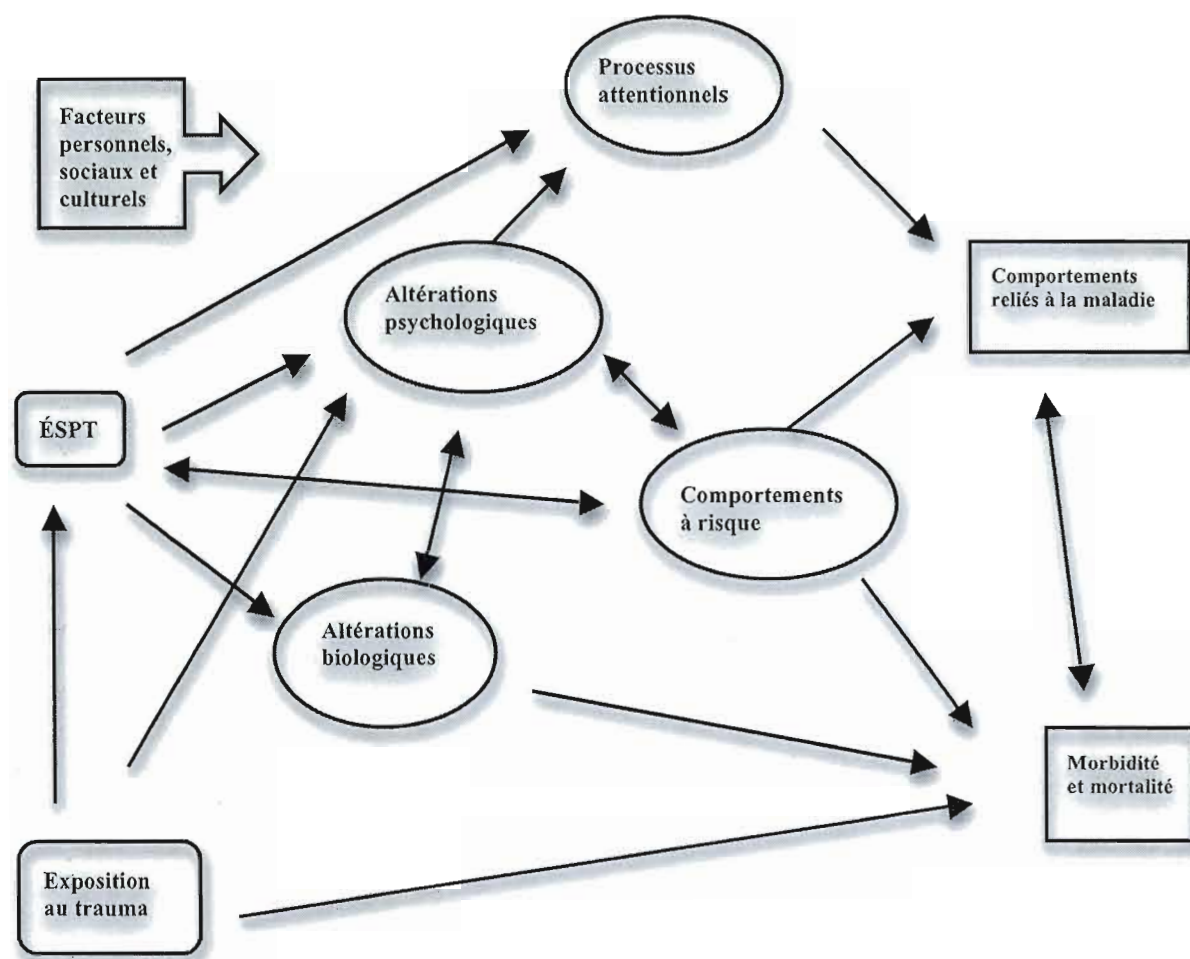
Tableau B.1
Coefficients de corrélation des facteurs de risque de l'ÉSPT selon deux méta-analyses

Facteurs de risque	Brewin et al. (2000)	Ozer et al. (2003)
Sexe féminin	0,13	--
Jeune âge	0,06	--
Faible statut socioéconomique	0,14	--
Faible niveau d'éducation	0,10	--
Niveau d'intelligence inférieur	0,18	--
Statut de minorité	0,05	--
Abus dans l'enfance	0,14	--
Autres expériences négatives dans l'enfance	0,19	--
Évènements traumatiques antérieurs	0,12	0,17
Antécédents de troubles psychiatriques	0,11	0,17
Historique familial de trouble psychiatrique	0,13	0,17
Sévérité de l'événement traumatique	0,23	--
Perception de menace à la vie	--	0,26
Réactions émotionnelles péritraumatiques	--	0,26
Dissociation péritraumatique	--	0,35
Soutien social perçu	--	- 0,28
Soutien social déficient	0,40	--
Événement stressants ultérieurs	0,32	--

Note : Les valeurs sont ajustées en fonction de la taille échantillonnale. Les valeurs positives reflètent une association positive avec les symptômes d'ÉSPT ; les valeurs négatives reflètent une association négative. Les coefficients de corrélation de ces facteurs peut être évaluée selon les normes de Cohen (1988) (faible: $r = 0,10$; modérée: $r = 0,30$; élevée: $r = 0,50$).

APPENDICE C

Figure C.1 Modèle explicatif des liens entre l'exposition à un événement traumatique, l'ÉSPT et les problèmes de santé selon Schnurr et Green (2004)



Adaptée de Schnurr, P. P., et Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 247-275). Washington: American Psychological Association.

APPENDICE D

Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique
chez la population blessée médullaire



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous vous demandons de participer à un projet intitulé *Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire*. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients. Il vous présente également les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Cette étude est dirigée par Frédérique Courtois, Ph.D., professeure-chercheure à l'Université du Québec à Montréal, avec la collaboration de Catherine Otis, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal et de Roseline Massicotte, B.A.A., étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

Objectif de l'étude

Ce projet intitulé *Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire* a comme objectif d'investiguer les facteurs qui favorisent le développement de réactions de stress à la suite d'une blessure médullaire.

Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire

Nature de la participation à l'étude

La participation à ce projet implique une rencontre divisée en deux parties. La première partie consiste en une entrevue d'environ 1 heure 30 minutes durant laquelle vous aurez à répondre à certaines questions concernant l'évènement qui a causé la blessure médullaire. Vous pourrez à tout moment prendre une pause pour vous reposer durant l'entrevue. Un enregistrement audio de cette entrevue sera effectué. À la suite de cette première partie, vous serez invité à prendre une pause de 1 heure.

Durant la deuxième partie de la rencontre, vous aurez à remplir douze questionnaires sur les réactions que vous avez pu avoir pendant et après l'évènement ainsi que sur le soutien social que vous avez reçu à la suite de votre blessure médullaire. Une assistante ou un assistant de recherche sera présent pendant que vous remplirez les questionnaires pour répondre à vos questions s'il y a lieu ou pour vous aider si vous avez un manque de dextérité manuelle. Vous pourrez à tout moment prendre une pause pour vous reposer pendant que vous remplirez les questionnaires. Cette deuxième partie devrait prendre environ 1 heure 30 minutes. Vous pourrez également, si vous le désirez, remplir les questionnaires à votre domicile et les retourner à l'équipe de recherche dans une enveloppe pré-affranchie qui vous sera remise avec les questionnaires.

Cette rencontre pourra être effectuée dans un des bureaux du centre de réadaptation, à l'Université du Québec à Montréal ou à votre domicile.

Avantages pouvant découler de la participation

Vous ne retirez aucun avantage personnel à participer à cette étude. Cependant, votre participation à l'étude contribuera à enrichir les connaissances tant dans le domaine du stress en général que sur les aspects psychologiques associés à une blessure médullaire.

Inconvénients pouvant découler de la participation

Il n'y a aucun risque prévisible à participer à cette étude. Vous aurez cependant à parler de l'évènement qui a causé votre blessure médullaire, ce qui peut susciter des émotions désagréables. En ce sens, des ressources psychologiques seront mises à votre disposition si vous en ressentez le besoin et l'assistante ou l'assistant de recherche saura entretenir un climat de respect tout au long de la rencontre.

Participation volontaire et droit de retrait

Je comprends que je peux en tout temps mettre fin à ma participation au projet de recherche sans aucun préjudice.

Je comprends également que les responsables de la recherche peuvent interrompre ma participation à l'étude s'ils jugent que mon état le requiert ou si je refuse de suivre les consignes.

Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique
chez la population blessée médullaire

Accès à mon dossier médical

J'accepte que mon dossier médical soit consulté pour les fins de la recherche, en particulier pour l'évaluation ASIA de ma lésion et la mesure d'indépendance fonctionnelle (si ces données sont au dossier).

Confidentialité

J'accepte que toute l'information recueillie dans le cadre de ce projet soit utilisée pour des fins de communications scientifiques ou professionnelles, sans que mon nom ou toute reconnaissance individuelle soient divulgués. J'accepte que les données recueillies pour les fins de recherche (incluant les bandes audio) soient préservées pour 10 ans avant d'être détruites. Les données brutes seront conservées sous clé dans un classeur à l'Université du Québec à Montréal, dont l'accès sera limité aux assistants et au directeur de recherche. Les données informatisées seront protégées par un code d'accès connu des assistants et du directeur de recherche.

Clause de responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je comprends que toute question ou tout commentaire peut être adressé à Frédérique Courtois, Ph. D., au 514 987-3000, poste 7713, et que toute plainte peut être adressée à M^e Anik Nolet au 514 527-4527, poste 2649 (Montréal).

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique
chez la population blessée médullaire

Ce projet de recherche a été approuvé par :

- Le CÉR des établissements du CRIR, en date du

moulées

Nom du participant en lettres

Date

Signature du participant

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

* Une copie de ce formulaire de consentement est gardée par le chercheur et une copie est remise au participant.

APPENDICE E

— —

— — —

Facteurs de risque associés à l'état de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Évaluateur : _____

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Code confidentiel : _____ Institution : _____

Date : _____ Date de naissance : _____

Date de la lésion : _____ Délai post-traumatique _____

Cause de la lésion : _____

Homme ☐ Femme ☐

Niveau d'éducation :

Secondaire ☐

Professionnel ☐

Collégial ☐

Universitaire ☐

Autre : _____

Vivez-vous seul? Oui Non

Conjoint ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Colocataire ☐

Êtes-vous en couple présentement? _____

Depuis combien de temps? _____

Avez-vous des enfants? _____

Est-ce qu'un ou des membres de votre famille a déjà éprouvé des difficultés
psychologiques? _____

Travaillez-vous présentement?

Spécifiez : _____

Si oui, occupez-vous le même emploi qu'avant votre lésion? _____

Si non, quel emploi occupiez-vous avant votre lésion? _____

Avez-vous recours à des assurances? : _____

Spécifiez : _____

Quel est votre revenu annuel? _____

Est-ce que votre domicile a été adapté à la suite de votre lésion? _____

Recevez-vous des soins infirmiers à domicile? _____

À quelle fréquence? _____

Avez-vous reçu des services psychologiques à la suite de votre lésion?

Si oui, décrivez :

Avez-vous été satisfait des services psychologiques offerts en réadaptation?

☐
pas du tout

☐
un peu

☐
passablement

☐
beaucoup

☐
énormément

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES MÉDICALES

Données médicales

Médicaments :

Ex. Lioresal, Clonidine, Dîtropan, Hytrin etc..

Sur le plan urinaire, quel est votre mode de miction? (comment urinez-vous?)

Cathétérismes intermittents, sonde à demeure, stent, mictions normales, poussées, percussions, etc.

Pouvez-vous contrôler vos besoins? (Contrôle sphinctérien)

Besoin urinaire? _____

Besoin fécal? _____

Avez-vous des spasmes? Quel est votre niveau de spasticité?

SPASMES :

Ponctuels, en extension, en flexion, clonus Fréquence, niveau d'inconfort associé

Avez-vous subi des interventions pour la douleur? --

Prenez-vous des médicaments spécifiquement pour la douleur?

Évaluation ASIA de la lésion : _____

Score à la mesure d'indépendance fonctionnelle (FIM) : _____

Score à la SCIM : _____

Combien de temps avez-vous passé en réadaptation? _____

QUESTIONNAIRE SUR LA SÉVÉRITÉ DE L'ÉVÈNEMENT

Description de l'évènement qui a causé la lésion :

	OUI	NON	Vous-même	Quelqu'un d'autre
Menace de mort	OUI	NON		
Témoin de mort	OUI	NON		
Blessure grave	OUI	NON		
Menace de blessure grave ou menace à l'intégrité physique	OUI	NON		

Comment avez-vous réagi face à l'évènement?

			Pendant l'évènement	Après l'évènement
Peur	OUI	NON		
Horreur	OUI	NON		
Sentiment d'impuissance	OUI	NON		
Colère	OUI	NON		
Honte	OUI	NON		
Culpabilité	OUI	NON		

Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir? Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions? Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots? Aviez-vous l'impression d'être figé? **OUI NON**

Durée de l'évènement : _____
Du début jusqu'à l'arrivée à l'hôpital

Jusqu'à quel point avez-vous pensé que vous alliez mourir durant l'évènement?

☐ pas du tout ☐ un peu ☐ passablement ☐ beaucoup ☐ énormément

Jusqu'à quel point avez-vous pensé que vous alliez être sérieusement blessé?

☐ pas du tout ☐ un peu ☐ passablement ☐ beaucoup ☐ énormément

**** Pendant les modules de l'ESA et du TSPT il est important de poser des questions sur le contenu des rêves, intrusions, contenus d'évitement (etc) pour être en mesure à la fin de l'entrevue de déterminer l'évènement traumatique pour le participant. Est-ce que c'est l'évènement qui a causé la lésion médullaire en tant que telle ou bien si c'est la conséquence de l'évènement (blessure médullaire)?*

Ex : Le participant peut avoir des flashbacks de l'accident versus des flashbacks du fait qu'il est en chaise roulante.

Ce questionnaire tente de faire l'inventaire de différents événements de vie stressants. Ces sortes d'événements peuvent entraîner de la peur ou de la détresse chez presque toutes les personnes. Durant votre vie, est-ce que certains des événements suivants vous sont déjà arrivés? Notez que vos réponses sont strictement confidentielles.

INSTRUCTIONS: Veuillez encercler OUI ou NON pour chacune des questions. Si votre réponse est OUI, mettez votre âge lorsque cela vous est arrivé pour la première fois et votre âge lors de la fin de l'événement.

1. Avez-vous déjà servi dans l'armée dans un pays en guerre,
ou avez-vous déjà eu l'expérience du combat? OUI NON
Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

2. Avez-vous déjà été dans un grave accident d'automobile,
un grave accident au travail ou ailleurs? OUI NON
Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

3. Avez-vous déjà été impliqué(e) dans un désastre naturel, tel une
tornade, ouragan, inondation ou gros tremblement de terre? OUI NON
Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

Les questions qui suivent concernent des expériences sexuelles que vous pouvez avoir vécu durant votre vie. Vous pouvez ne pas avoir rapporté ces expériences à la police ou même à votre famille ou vos ami(e)s. De plus, la personne qui faisait les avances pouvait ne pas être un étranger, mais pouvait être un ami, un rendez-vous amoureux ou même un membre de votre famille. Ces sortes d'expériences sexuelles peuvent arriver n'importe quand durant la vie d'une personne, même durant l'enfance.

Peu importe quand cela s'est produit ou qui vous a faites les avances, est-ce que un (ou des) événements suivants vous sont déjà arrivés....

4. Avez-vous déjà eu un contact sexuel avec quelqu'un qui avait cinq ans de plus que vous avant que vous ayez treize ans ?

(Contact sexuel veut dire que quelqu'un a un contact physique avec vos organes sexuels-organes génitaux pour les hommes, organes génitaux et seins pour les femmes-ou vous avez un contact physique avec les organes sexuels d'autrui)

OUI NON

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?

OUI NON

Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)?

OUI NON

Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets?

OUI NON

5. Avant que vous ayez 18 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà fait des pressions, utilisé de la coercicion ou vous a menacé afin d'avoir un contact sexuel avec vous?

OUI NON

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?

OUI NON

Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)?

OUI NON

Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets?

OUI NON

6. À un moment donné de votre vie (mis à part les événements en 4 ou 5), est-ce que quelqu'un a fait usage de force physique ou de menace de force physique pour vous amener à avoir un type quelconque de contact sexuel non voulu?

OUI NON

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?

OUI NON

Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)?

OUI NON

Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets?

OUI NON

7. À un moment donné de votre vie (et cela même si vous ne l'aviez jamais rapporté), est-ce que quelqu'un (incluant un membre de la famille ou ami(e)s) vous a attaqué avec une arme à feu, couteau ou toute autre arme? OUI NON

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

8. À un moment donné de votre vie, est-ce que quelqu'un (incluant membre de la famille ou ami(e)s) vous a attaqué *sans* une arme, mais avec l'intention de vous tuer ou de vous blesser sérieusement? OUI NON
Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

9. Avez-vous déjà été dans une situation au cours de laquelle vous avez été sérieusement blessé(e)
ou vous avez souffert de blessure(s) grave(s)? OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il?

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

10. Avez-vous déjà été dans une autre situation au cours de laquelle vous avez eu peur d'être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il?

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

11. Avez-vous déjà vu quelqu'un être sérieusement blessé(e) ou tué de façon violente? OUI NON

Si OUI, de quoi s'agissait-il?

Si oui, en quelle année?

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

12. Avez-vous déjà fait l'expérience d'une autre situation qui n'a pas

déjà été mentionnée mais qui était extrêmement stressante? OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il?

Si oui, en quelle année?

Avez-vous déjà pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

13. Est-ce que un(e) ami(e) très proche ou un membre de votre famille a déjà été tué(e) ou assassiné(e) intentionnellement par une autre personne ou tué(e) par un conducteur ivre?

Si oui, en quelle année?

Veuillez cocher la bonne réponse:

- ☐ OUI, assassiné(e) ou tué(e)
☐ OUI, tué(e) par un conducteur ivre
☐ NON

Si vous étiez présent, avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON

Si vous étiez présent, avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

Quelle était la relation entre la victime et vous? _____

Votre âge lors de la mort de cette personne? _____

Nombre d'incidents critiques vécus

Avant la lésion médullaire :

Après la lésion médullaire :

Si la personne a vécu un ou plusieurs des événements mentionnés dans le questionnaire, vérifier s'il y en a qui ont suscité des réactions de peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur.

Nombre d'événements traumatiques vécus

Avant la lésion médullaire :

Après la lésion médullaire :

Si la personne a vécu un ou plusieurs événements traumatiques, vérifier si ceux-ci ont suscité des réactions de stress (cauchemars, flash-backs, etc...). Si oui, passer le SCID TSPT à vie.

ESA et TSPT

Maintenant, je vais vous poser des questions pour connaître comment vous avez réagi à l'événement marquant.

MODULE ESA

Pendant ou immédiatement après l'événement	Soit pendant, soit après l'incident la personne éprouve au moins 3 sx dissociatifs	?	1	2	3
Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de détachement ou avez-vous eu l'impression que vous n'aviez plus aucune émotion?	1) Une impression subjective de léthargie, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle	?	1	2	3
Avez-vous l'impression que vous aviez moins conscience de ce qui se passait autour de vous, comme si vous étiez dans un état de stupeur?	2) Une diminution de la conscience des événements extérieurs	?	1	2	3
Les choses autour de vous vous ont-elles semblé irréelles?	3) Déréalisation	?	1	2	3
Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait ou d'une partie de votre corps?	4) Dépersonnalisation	?	1	2	3
Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez vous rappeler certains détails importants de ce qui s'était passé au cours de l'incident?	5) Amnésie de dissociation (incapacité de se rappeler certains aspects importants de l'incident)	?	1	2	3

MODULE ESA ET TSPT

ESA :
AU MOINS 3 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5
SX COTÉS « 2 » ____ / 5

1 2 3

ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement
TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement
TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)

B) L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons.

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.
Intensité minimum : modérée.

Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?	1) Souvenirs répétitifs et envahissants, ESA	?	1	2	3
	images ou pensées provoquant détresse TSPT passé	?	1	2	3
	TSPT présent	?	1	2	3
Y avez-vous rêvé?	2) Rêves répétitifs provoquant détresse ESA	?	1	2	3
	TSPT passé	?	1	2	3
	TSPT présent	?	1	2	3
Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?	3) Illusions, flash-back récurrents comme ESA	?	1	2	3
	si l'événement allait se reproduire, TSPT passé	?	1	2	3
	sentiment de revivre l'événement TSPT présent	?	1	2	3
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?	4) Sentiment de détresse lorsque exposé ESA	?	1	2	3
	à des signaux évoquant des aspects de TSPT passé	?	1	2	3
	l'événement ou symbolisant celui-ci TSPT présent	?	1	2	3

<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques – vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort?</p>	5) Réactions physiologiques aux signaux ESA		?	1	2	3
	Internes ou externes évoquant l'événement TSPT passé		?	1	2	3
		TSPT présent	?	1	2	3
	ESA :					
	AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____/5		?	1	2	3
	SX COTÉ « 2 » ____/5					
	TSPT PASSÉ :					
	AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____/5		?	1	2	3
	SX COTÉ « 2 » ____/5					
	TSPT PRÉSENT :					
<p>MODULE ESA ET TSPT</p> <p>ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)</p> <p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p> <p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p> <p>MODULE TSPT</p> <p>TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)</p> <p>Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé? <i>Fréquence min. : Quelques aspects oubliés (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée</i></p> <p>Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer vos amis, lire, regarder la télévision? <i>Fréquence min. : Quelques activités (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée</i></p> <p>Vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	C) Évitement persistant des stimuli associés à l'incident					
	<i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée</i>					
	1) efforts pour éviter pensées,	ESA	?	1	2	3
	sentiments ou conversations	TSPT passé	?	1	2	3
	associés au traumatisme TSPT présent	TSPT présent	?	1	2	3
	2) efforts pour éviter activités, lieux	ESA	?	1	2	3
	ou personnes qui éveillent des souvenirs	TSPT passé	?	1	2	3
	du traumatisme	TSPT présent	?	1	2	3
	ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ « 3 » ____/2		1	2	3	
	SX COTÉ « 2 » ____/2					
	Émoussement de la réactivité générale					
	3) incapacité de se rappeler un	TSPT passé	?	1	2	3
	aspect important du traumatisme	TSPT présent	?	1	2	3
	4) réduction nette de l'intérêt pour	TSPT passé	?	1	2	3
	des activités ayant une valeur	TSPT présent	?	1	2	3
	significative ou de la participation					
	à de telles activités					
	5) sentiment de détachement ou	TSPT passé	?	1	2	3
	d'éloignement à l'égard des autres		?	1	2	3

Vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit?

Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).

Intensité minimum : modérée

Aviez-vous l'impression que vous ne voyiez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé? (de manière négative)

Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).

Intensité minimum : modérée

6) restriction des affects
(incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

7) sentiments que l'avenir est «bouché»
(penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

TSPT PASSÉ :

AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS « 3 » ___/7

SX COTÉ « 2 » ___/7

TSPT PRÉSENT :

AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS « 3 » ___/7

SX COTÉ « 2 » ___/7

MODULE ESA ET TSPT

ESA : Dans la période qui a suivi l'événement, i.e. de 2 jours jusqu'à 30 jours après l'événement

TSPT passé : À partir de 1 mois après l'événement

TSPT présent : Au cours du dernier mois (préciser si en lien avec événement marquant ou un autre événement)

D) Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.

Intensité minimum : modérée

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir?
(quel genre de difficultés?)

1) difficultés à s'endormir ESA ? 1 2 3

ou sommeil interrompu TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant?
Plus colérique?

2) irritabilité ou accès de colère ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?

3) difficultés de concentration ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?

4) hypervigilance ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?

5) réaction de sursaut exagérée ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?

6) agitation motrice ESA ? 1 2 3

ESA :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 6 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 6

TSPT PASSÉ :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

TSPT PRÉSENT :

AU MOINS 2 SX SONT COTÉS « 3 » ____ / 5 ? 1 2 3

SX COTÉ « 2 » ____ / 5

Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.

Intensité minimum : modérée

Suite à l'événement, votre qualité de vie a-t-elle changée?

F. Fonctionnement diminué

ESA ? 1 2 3

Est-ce que durant la période qui a suivi l'événement, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

G. Durée des symptômes

Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____

Débutés suite à l'incident et durent plus que 2 jours et moins que 4 semaines ESA ? 1 2 3

Symptômes durent pendant plus d'un mois TSPT passé ? 1 2 3

Symptômes durent pendant plus d'un mois TSPT présent ? 1 2 3

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.

Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II

ESA ? 1 2 3

TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES ESA ? 1 2 3

SONT COTÉS « 3 » TSPT passé ? 1 2 3

TSPT présent ? 1 2 3

Indiquer la sévérité du TSPT :

1. Léger : peu de symptômes à part ceux requis
2. Moyen : sx ou incapacité fonctionnelle de degré léger à sévère
3. Sévère : plusieurs sx graves invalidants dans les domaines importants de la vie

SÉVÉRITÉ TSPT passé 1 2 3

TSPT présent 1 2 3

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT.

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand ... ? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

Par exemple, avez-vous pensé malgré vous à ... ? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

Y avez-vous rêvé ?
(avez-vous fait d'autres rêves bouleversants ?)

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

(1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée.

? 1 2 3 F10

PASSER A
LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

(2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance.

? 1 2 3 F106

PASSER
A PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet;

? 1 2 3 F107

(2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse;

? 1 2 3 F108

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3 F10

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3 F11

Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière ?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci

? 1 2 3 F11

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « B » EST COTÉE « 3 ».

? 1 3 F11

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

Depuis ... (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

? 1 2 3 F II

Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?

(2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3 F II

Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

? 1 2 3 F III

Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités)

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

? 1 2 3 F III

Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3 F II

Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?)

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3 F II

Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?)

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

? 1 2 3 F III

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « C » SONT COTÉES « 3 ».

? 1 3 F I

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Depuis... (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)	D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :					
Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)	(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;	?	1	2	3	F12
Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?	(2) irritabilité ou accès de colère;	?	1	2	3	F12
Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?	(3) difficultés de concentration;	?	1	2	3	F12
Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?	(4) hypervigilance;	?	1	2	3	F12
Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?	(5) réaction de sursaut exagérée.	?	1	2	3	F12
AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « D » SONT COTÉES « 3 ».		?	1		3	F12

PASSER À LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois

? 1 2 3 F12

PASSER A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

? 1 2 3 F12

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, ET F
DE L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE SONT COTÉS
« 3 ».

1 3 F12

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois.

? 1 3 F13

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

F13

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique :
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

CONTINUER
A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Au cours des trente derniers jours...

... y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES
TRENTE DERNIERS JOURS (OU LES DEUX
DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT
DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ
UNIFORME PENDANT TOUT LE MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

? 1 2 3

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

—

Augmentation de poids ou d'appétit

—

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveillez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

? 1 2 3

Cocher selon le cas :

Insomnie

—

Hypersomnie

—

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur mais une manifestation
constatée par autrui).

? 1 2 3

REMARQUE : TENIR COMPTE DU
COMPORTEMENT DU SUJET DURANT
L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

—

Agitation

—

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

? 1 2 3

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR PASSÉ)

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinique

3 = VRAI ou
présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

1 3

DEUIL SIMPLE
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

TROUBLE
DISTINCT D'UN
DEUIL SIMPLE
CONTINUER CI-
DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE
DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1 3

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
ACTUEL

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF).

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

- ⇒ SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ PRÉSENTEMENT: Avez-vous déjà connu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

- ⇒ SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ ACTUELLEMENT MAIS NE RÉPOND PAS À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL : Avez-vous déjà connu une autre période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ?
Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

- ⇒ SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : À cette époque, éprouviez-vous beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement?

- ⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : Avez-vous connu une période au cours de laquelle vous éprouviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ?
Étiez-vous ainsi presque tous les jours ?
Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au moins deux semaines ?)

Avez-vous connu plus d'une période comme celle-là ? (Laquelle a été la pire ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de telles périodes au cours de la dernière année ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (DE L'EDM)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Proses 1 et 2

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'imitabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

SI NI L'ITEM (1) NI
L'ITEM (2) NE SONT
COTÉS "3", PASSER
À LA PAGE A.18
(ÉPISODE
MANIAQUE ACTUEL)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CÉPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LES DEUX PIRES
SEMAINES DE L'ÉPISODE EN
QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

... comment qualifieriez-vous votre
sommell ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveillez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est
produit — parliez-vous ou bougiez-
vous plus lentement que d'habitude ?
(Votre lenteur était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ?
Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce
presque tous les jours ?)

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES
SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE
MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À
DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC
L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

Augmentation de poids ou d'appétit

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie

Hypersomnie

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur, mais une manifestation
constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

Agitation

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

A54

A55

A56

A57

A58

A59

A60

A61

A62

A63

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 2 3

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

? 1 3

A7

DEUIL SIMPLE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

AU MOINS UN ÉPISODE DISTINCT D'UN DEUIL SIMPLE

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1 2 3

A7

PASSER À LA PAGE A.18 (ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

A8

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

A8

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF).

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

EXAMEN DE CONSCIENCE

CHRONOLOGIE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

DANS LE DOUTE :

Le sujet a répondu aux critères
diagnostiques de épisode dépressif
pendant au moins 2 semaines

3 A 82

Trouble
passé

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ PASSÉ DU TROUBLE :

A 83

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDICHER À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ?

que buviez-vous ? En quelle quantité ?

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À L'ALCOOL.

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ABUS D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Permettez-moi de vous poser quelques questions additionnelles sur vos habitudes de consommation de boissons alcoolisées.

Vous est-il arrivé d'être intoxiqué(e) ou éméché(e) ou encore d'avoir vraiment la gueule de bois à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou éméché(e) ou que vous aviez vraiment la gueule de bois ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES :
À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?
(À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Vous est-il déjà arrivé de boire à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire en état d'ébriété ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Avez-vous eu des ennuis avec la justice après vous être enivré(e) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous buviez, p.ex., avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales au sujet de vos habitudes de consommation ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à boire ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants, durant une période de 12 mois :

(1) consommation d'alcool répétée rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'alcool; absences, suspensions ou expulsions de l'école, liées à la consommation d'alcool; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	?	1	2	3	I
(2) consommation d'alcool répétée dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	?	1	2	3	E
(3) démêlés répétés avec la justice, liées à la consommation d'alcool (p.ex., arrestations pour ivresse et conduite).	?	1	2	3	E
(4) poursuite de la consommation d'alcool malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par l'alcool (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique).	?	1	2	3	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE
PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT
LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4,
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus.

? 1 2 3

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens.

? 1 2 3

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets.

? 1 2 3

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool.

? 1 2 3

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool).

? 1 2 3

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

? 1 2 3

(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;

(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :

? 1 2 3

(a) au moins DEUX des critères suivants :

... de la transpiration ou des palpitations ?

... un tremblement des mains ?

... des troubles du sommeil ?

... des nausées ou des vomissements ?

... de l'agitation ?

... de l'anxiété ?

(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)

— hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)

— augmentation du tremblement des mains

— insomnie

— nausées ou vomissements

— agitation

— anxiété

— crises d'épilepsie (grand mal)

— illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires

SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?

(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.

? 1 2 3

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.4 ET E.5) ? (Toutes ces manifestations se sont-elles produites à peu près durant la même période?)

AU MOINS TROIS DES ITEMS DE "A" (SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE, PAGES E.4 ET E.5) SONT COTÉS "3" ET SONT SURVENUS PENDANT UNE MÊME PÉRIODE DE 12 MOIS.

1 3

E

DÉPENDANCE
À L'ALCOOL

Préciser :

- 1 - Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- 2 - Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

PASSER À LA PAGE E.7, CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL (PAGES E.1 À E.3) N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ POSÉES, PASSER À LA PAGE E.1 AFIN DE VÉRIFIER S'IL Y A ABUS D'ALCOOL.

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL ONT ÉTÉ POSÉES ET ONT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN ABUS D'ALCOOL, COTER "3", CI-CONTRE; EN REVANCHE, SI ELLES N'ONT PAS PERMIS DE DIAGNOSTIQUER D'ABUS D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

1 3

E

PASSER À LA PAGE E.9,
TROUBLES LIÉS À
L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE
L'ALCOOL.

ABUS
D'ALCOOL

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— —

E

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des trente derniers jours ?

Le sujet a répondu aux critères de l'abus d'alcool au cours du dernier mois.

? 1 3

E

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?

(Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

ABUS PASSÉ

ABUS
PRÉSENT

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS
À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des trente derniers jours ?

SI OUI : Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

? 1 3

PASSER À LA
PAGE E.8
(TYPES DE
RÉMISSION)

DÉPENDANCE
PRÉSENTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES TRENTE DERNIERS JOURS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

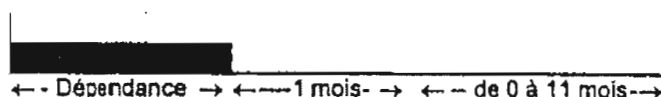
DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

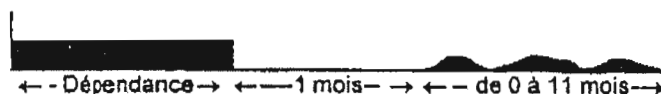
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____

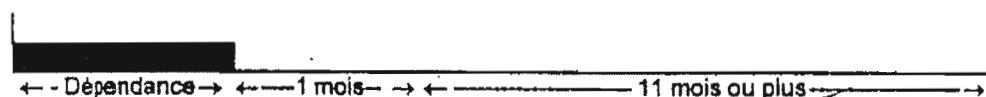
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste - antagoniste.

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Stéroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL (DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

E :

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament :

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ?

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus 10 fois en l'espace d'un mois.

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)

⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.

⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.

⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE".

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)

Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques :
Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium,
barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane,
Halcion, Restoril ou autre : _____

? 1 2 3

E

Cannabis : marijuana, haschisch, THC ou
autre : _____

? 1 2 3

E

Stimulants : amphétamines, "speed",
méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine,
Ritalin, "ice" ou autre : _____

? 1 2 3

E

Opiacés : héroïne, morphine, opium,
méthadone, Darvon, codéine, Percodan,
Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E

Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase",
"crack", "speedball" ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E

Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline,
peyotl, psilocybine, DOM
(diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"),
champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy,
MDA ou autre : _____

? 1 2 3

E

Autres : stéroïdes anabolisants, "colle",
solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde
nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle
("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir)
ou pilules pour dormir vendus sans
ordonnance ou autres non précisés ou non
déterminés : _____

? 1 2 3

E

AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A
ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"

1 3

E

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = drogue jamais consommée
ou consommée une fois seulement

2 = drogue consommée
de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée
plus de 10 fois par mois
ou dépendance à un médicament

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3 E

COTER LA
COLONNE
INTITULÉE
POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3").

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUT
	3	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E4

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUT
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E5

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	?	?	?	?	?	?	?	
	E60	E61	E62	E63	E64	E65	E66	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	?	?	?	?	?	?	?	
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	?	?	?	?	?	?	?	
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	✓ 3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1	1	
	?	?	?	?	?	?	?	
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES (TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" – PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période ?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
3	3	3	3	3	3	3	
E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3	3	
1	1	1	1	1	1	1	
E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E1

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1	1	
E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E1

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

DANS LE DOUTE : Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des trente derniers jours ?

SI OUI : Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

SÉD.,
HYPN.,
ANXIOL.

CANN.

STIM.

OPIAC.

COC.

HAL. ET
PCP

POLY · AU

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours du dernier mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

3

3

3

3

3

3

3

E116

E117

E118

E119

E120

E121

E122

E

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours du mois écoulé ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.

1

1

1

1

1

1

1

E124

E125

E126

E127

E128

E129

E130

E

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDIQUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES TRENTE DERNIERS JOURS (il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	
E132	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E

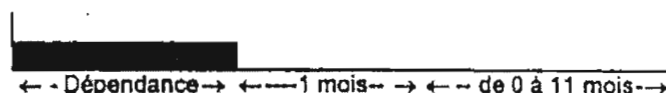
- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

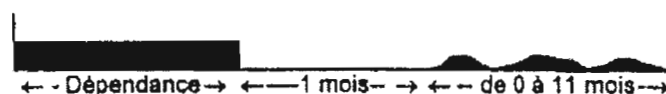
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.8).

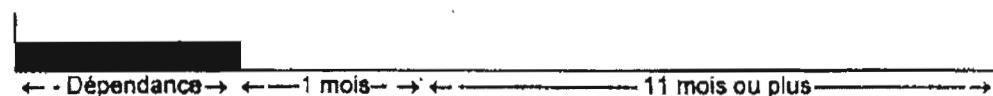
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUT
Rémission complète au stade précoce :	1	1	1	1	1	1	1	1
Rémission partielle au stade précoce :	2	2	2	2	2	2	2	2
Rémission complète et soutenue :	3	3	3	3	3	3	3	3
Rémission partielle et soutenue :	4	4	4	4	4	4	4	4
Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) :	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé :	—	—	—	—	—	—	—	—
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E146	E14

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "3" À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUT
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
(2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	E156	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
(3) difficultés répétées avec la justice, liées à la consommation d'un psychotrope (p.ex., arrestations pour conduite liée à la consommation d'une substance).	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
(4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique)	3	3	3	3	3	3	3	:
	2	2	2	2	2	2	2	:
	1	1	1	1	1	1	1	:
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AL
ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) :	3	3	3	3	3	3	3	:
Au moins un des items de "A" est coté "3".	1	1	1	1	1	1	1	:
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AU
POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE) :								
Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des trente derniers jours.	3	3	3	3	3	3	3	:
DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?	1	1	1	1	1	1	1	:
	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infatigable

3 = VRAI ou
présence du symptôme

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes? (*Crise de panique : être subitement envahi(e) d'une peur extrême, ressentir des sensations physiques inconfortables et des pensées désagréables*)

SI OUI : Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise?

(*Imprévisibles : pouvant se déclencher dans des situations sans danger ou menace réelle*)

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues? (Au moins deux?)

Après ce genre d'attaque...

Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait avec vous? Par exemple :

- que vous aviez une crise cardiaque?
- ou que vous étiez en train de devenir fou (folle)?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON : Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques? Par exemple:

- Avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits? Besoin d'être accompagné?
- Avez-vous fuit certaines activités, comme l'exercice?
- Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie?
- Avez-vous besoin d'objets sécurisants? (p.ex., gomme, médicaments, bouteille d'eau, cellulaire)

A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes

? 1 2 3 F₁

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :

? 1 2 3 F₂

(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p.ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, « devenir fou »);

(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT
AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave?
(plus de 4 symptômes)
Qu'avez-vous remarqué en premier?
Que s'est-il passé ensuite?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Les symptômes sont-ils apparus tout à coup?
(i.e., que les sensations physiques inconfortables
surviennent brusquement, soudainement)

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début
des symptômes et le moment où l'attaque est
devenue vraiment très grave? (i.e. la crise est
devenue intolérable, atteignant un sommet beaucoup
plus intense). (Moins de 10 minutes?)

Lors de la dernière attaque grave :
(avec symptômes intenses)

Votre cœur battait-il très vite, très fort ou de
façon irrégulière?

Avez-vous transpiré?

Vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous
été pris(e) de brusques secousses?

Étiez-vous essoufflé(e)? (aviez-vous de la
difficulté à reprendre votre souffle?) (souffle
court)

Avez-vous eu l'impression que vous alliez
étouffer ou suffoquer? (sensation d'étrangle-
ment)

Avez-vous ressenti des douleurs ou une
certaine gêne (inconfort) dans la poitrine?

Avez-vous eu des nausées, mal au cœur, mal au
ventre ou l'impression que vous alliez avoir la
diarrhée?

Vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou étiez-vous
sur le point de perdre l'équilibre ou de vous
évanouir? (vertiges, peur de perdre connaissance
ou de tomber)

B. Les symptômes sont survenus ? 1 2 3 F3
brusquement et ont atteint leur
paroxysme en moins de 10 minutes

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

(1) Palpitations ou accélération du ? 1 2 3 F4
rythme cardiaque (tachycardie);

(2) Transpiration; ? 1 2 3 F5

(3) Tremblements ou secousses ? 1 2 3 F6
musculaires;

(4) Dyspnée ou sensation ? 1 2 3 F7
d'essoufflement;

(5) Sensation d'étouffement ou de ? 1 2 3 F8
suffocation;

(6) Douleur ou gêne thoracique; ? 1 2 3 F9

(7) Nausée ou gêne abdominale; ? 1 2 3 F10

(8) Étourdissements ou impression ? 1 2 3 F11
de perdre l'équilibre ou d'être
sur le point de s'évanouir;

Les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti(e) détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même? (*déconnecté*)

(9) Dépersonnalisation ou
Déréalisation;

? 1 2 3 F12

Avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête (ou peur de perdre le contrôle) et de commettre un acte irréfléchi?

(10) Peur de perdre la tête ou de
sombrier dans la folie;

? 1 2 3 F13

Avez-vous eu peur de mourir?

(11) Peur de mourir;

? 1 2 3 F14

Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties du corps?

(12) Paresthésie
(sensations d'engourdissement
ou de picotements);

? 1 2 3 F15

Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons?

(13) Bouffées de chaleur ou frissons

? 1 2 3 F16

AU MOINS 4 DES SYMPTÔMES
SONT COTÉS '3'

? 1 3 F17

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la drogue?
- des stimulants? (caféine, pilules pour maigrir)

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie
- hyperparathyroïdie
- phéochromocytome
- troubles vestibulaires
- épilepsie
- troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie)

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis ou par un psychotonique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du système nerveux central (alcool ou barbiturique).

- D On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique :

- trouble obsessionnel-compulsif (ex., peur de la contamination),
- état de stress post-traumatique (ex. réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress),
- angoisse de séparation
- phobie sociale (peur du jugement d'autrui)
- trouble d'anxiété généralisée
- phobie spécifique

? 1 3 F 12

ATTRIBUABLE
À UNE MAL.
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER À
LA PAGE F 8
(ASATP)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

? 1 3 F

TROUBLE
PANIQUE

PASSER À
LA PAGE F 8
(ASATP)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'AGORAPHOBIE : Y'a-t-il certaines situations (ou endroits) qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique?

Décrivez ce genre de situations :

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLE : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se) (vous sentez-vous inconfortable) :

- d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile?
- de vous trouver dans des endroits pleins de monde? (magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc.)
- d'être dans une file d'attente ?
- d'être sur un pont ?
- d'utiliser les transports en commun? (autobus, train ou métro)
- ou de conduire ?

Évitez-vous ce genre de situations?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique (détresse ou peur marquée)?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie :

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation.

Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p. ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3 F20

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

? 1 2 3 F21

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

REMARQUE : ENVISAGER UNE
PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE
LIMITE À UNE OU À QUELQUES
SITUATIONS PRÉCISES, OU UNE
PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE
LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique :

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination),
- l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- l'anxiété de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT
COTÉS '3'

**TROUBLE
PANIQUE
AVEC
AGORA-
PHOBIE**

TROUBLE
PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours des 6 derniers mois?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées.

? 1 3 F24

Trouble
active

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F25

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE DANS LES 6 DERNIERS MOIS (F24) :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble. - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble panique : _____

F27

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous lors de votre première attaque de panique?

Âge de survenue du trouble panique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F28

PASSER À LA
PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (ASATP)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3 F29

Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur :

- De sortir seul(e),
- d'être dans une foule ou une file d'attente,
- de prendre l'autobus ou le train?

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'ou il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

Que craigniez-vous?

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

Une crise de panique (avec moins de 4 symptômes):	_____	F30
Étourdissement ou chute :	_____	F31
Dépersonnalisation ou déréalisation :	_____	F32
Perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale	_____	F33
Vomissement :	_____	F34
Peur d'avoir une crise cardiaque :	_____	F35
Autre (préciser) : _____		F36

Évitez-vous ces situations?

SI NON: Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situation?)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3

F37

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

REMARQUE :
ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE
SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À
QUELQUES SITUATIONS SOCIALES
PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE
SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(3) On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique:

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de contamination),
- état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

? 1 2 3

F38

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3)
SONT COTÉS '3'

? 1 3

F39

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

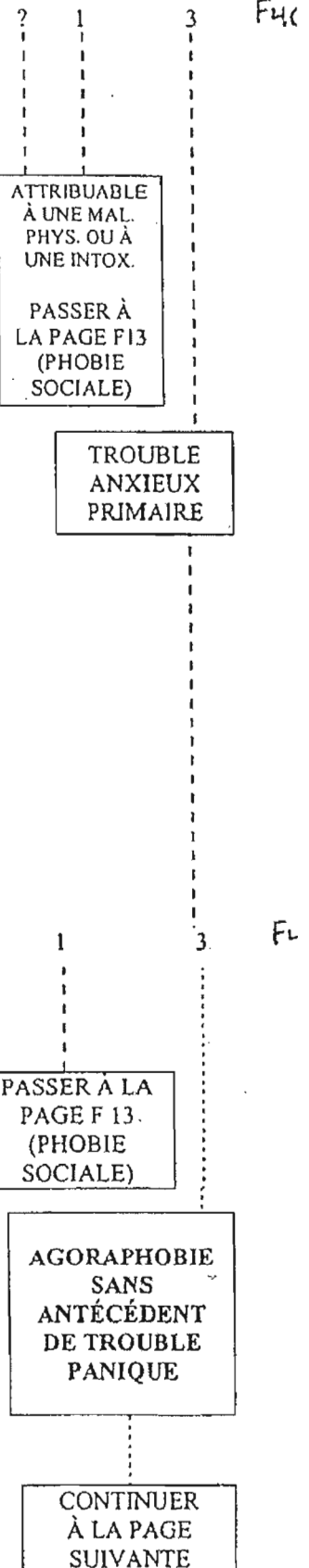
Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotonique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

- D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.



CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois avez-vous évité...? (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

? 1 3 F4
Trouble actuel

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES ASATP) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (symptômes ASATP)

Âge de survenue de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique: _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

PHOBIE SOCIALE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire comme parler, manger ou écrire?

Pourriez-vous me décrire ce genre de situations?

Qu'est-ce qui vous faisait peur quand ...?

SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC : Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation?

- A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).

SITUATIONS PHOBOGÈNES :

(Cocher)

Parler en public : _____

Manger en présence d'autrui : _____

Écrire en présence d'autrui : _____

Général (la plupart des situations sociales) : _____

Autres (préciser) : _____

Remarque : Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches : l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.

? 1 2 3 F47

F48

F49

F50

F51

F52

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez ...? (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE)

- B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.

? 1 2 3 F53

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

F54

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ... ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3

F55

SI NON: Quelle difficulté cela représentait-il pour vous de ...? (PHOBIE SOCIALE)

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F56

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs?

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis au moins 6 mois.

? 1 2 3

F57

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, prenez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotomique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie,
- hypoglycémie,
- hyperparathyroïdie,
- phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires
- encéphalite.

De plus, on peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des peurs éprouvées :

- trouble panique sans antécédent d'agoraphobie,
- angoisse de séparation,
- peur de dysmorphie corporelle,
- troubles envahissant du développement
- personnalité schizoïde

? 1 3 F5

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER À
LA PAGE F18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

? 1 3 F5'

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE
ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION UNE FOIS L'INTERROGA-
TOIRE TERMINÉ

H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex. il ne s'agit pas de:

- la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson)
- la peur de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie)

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G
ET H DE LA PHOBIE SOCIALE
SONT COTÉS «3».

PHOBIE SOCIALE

PASSER À LA
PAGE F. 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du dernier mois.

? 1 3

F6:

Trouble
actuel

F63

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F64

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT)
AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de la phobie sociale : _____

F65

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE)

Âge de survenue de la phobie sociale:
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F66

CONTINUER
À LA PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

PHOBIE SPÉCIFIQUE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme :

- les voyages en avion?
- la vue du sang?
- les piqûres?
- les hauteurs?
- les espaces clos?
- ou certains animaux ou insectes?

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

- A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p.ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang)

? 1 2 3

F67

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

- B. L'exposition aux stimuli phobogènes provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation dans laquelle se trouve le sujet.

? 1 2 3

F68

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

- C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

F69

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

(Y'a-t-il des choses que vous évitiez de faire mais que vous auriez faites, n'eut été de cette peur?)

SI NON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3 F70

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point ... (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché de vivre une vie normale?

(Y'a-t-il des choses que vous avez évitées parce que vous aviez peur de ... ?)
(SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3 F71

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS :
Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins..

? 1 2 3 F72

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier, soit :

- le trouble obsessif-compulsif,
- l'état de stress post-traumatique
- l'angoisse de séparation
- la phobie sociale
- le trouble panique avec agoraphobie
- ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS 3.

PHOBIE
SPÉCIFIQUE

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

CONTINUER

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris les insectes) _____ F 7

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____ F 70

Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____ F 71

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____ F 72

Autres types de phobie (p.ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____ F 73

Préciser : _____

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, la peur de ... (PHOBIE) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du dernier mois.

?

1

3

F8

Trouble
actuel

F81

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F82

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique : _____

F83

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (PHOBIE)

Âge de survenue de la phobie spécifique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F84

CONTINUER À
LA PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

TROUBLE OBSESSIF- COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions.

Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser?
(p.ex. images, scénarios, verbalisations internes qui sont envahissantes, ne font pas de sens et qui sont difficiles à contrôler)

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple :

- avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un sans le vouloir vraiment
- être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforciez-vous de les chasser de votre esprit?
(Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés réelles.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

? 1 2 3 F85

? 1 2 3 F86

? 1 2 3 F87

? 1 2 3 F88

OBSESSIONS

PAS D'OBSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, et/ou exercices mentaux comme :

- vous laver les mains à plusieurs reprises?
- compter jusqu'à un certain nombre?
- ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite?
- autres?

Vous sentiez-vous obligé(e) de le faire?

DANS LE DOUTE : pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de ...? (GESTE COMPULSIF)

Quelles auraient été les conséquences si vous n'aviez pas pu le faire?

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous ...? (COMPULSION)

Combien de temps par jour y consacriez-vous?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p.ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux répétitifs (p.ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés; pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3 F8

? 1 2 3 F9c

COMPULSIONS

PASSER À LA PAGE F.24

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI DE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

F91

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

Avez-vous pensé à (L'IDÉE OBSÉDANTE) et/ou fait ... (L'ACTIVITÉ COMPULSIVE) plus que vous ne l'auriez dû ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable?

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde.

? 1 2 3

F92

SI NON : Au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde ? (i.e. insensé et/ou répété de façon exagérée)

Cocher ici — si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

F93

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Quelles ont été les répercussions de ... (OBSESSION OU COMPULSION) dans votre vie?

C. Les obsessions ou compulsions :

? 1 2 3

F94

Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(e) de ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

- causent des sentiments marqués de détresse,
- occasionnent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour)
- ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet (fonctionnement professionnel, activités ou relations sociales habituelles).

Combien de temps passez-vous à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE

- D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble, par exemple
- obsession de la nourriture en cas de trouble de l'alimentation;
 - obsession de la drogue en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes;
 - obsessions concernant l'apparence en cas de dysmorphophobie;
 - peur obsédante d'avoir une maladie grave en cas d'hypochondrie;
 - sentiment de culpabilité obsédant en cas d'épisode dépressif majeur;
 - compulsion à s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

- E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER À LA
PAGE F 28
(ESPT)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit le médecin ?

Exemples de maladies physiques :
certaines tumeurs du S.N.C

Par intoxication, on entend :
l'intoxication par un psychotonique
(cocaïne, amphétamines).

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D et E DU TROUBLE
OBSESSIF-COMPULSIF SONT COTÉS 3.

TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF

PASSER À
LA PAGE
F.28 (ESPT)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

DANS LE DOUTE : Durant les 6 derniers mois, le fait de ... (OBSESSION OU COMPULSION) a-t-il eu des répercussions dans votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel-compulsif.

? 1 3

F9

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

F9c

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF:

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F100

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble obsessionnel-compulsif : _____

F101

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F102

CONTINUER À
LA PAGE F.28
(ESPT)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Au cours des derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous beaucoup au sujet d'événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous ?
(À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire)

? 1 2 3 F13

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

? 1 2 3 F1

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ?

F. (2) Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement

? 1 2 3 F1

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des 6 derniers mois :

- vous sentiez-vous souvent agité(e)?
- aviez-vous de la difficulté à rester en place?
- vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout?
- vous fatiguiez-vous facilement ?
- aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ?
- étiez-vous souvent irritable ?
- aviez-vous souvent les muscles tendus ?
- aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

(1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout;

? 1 2 3 F1

(2) fatigabilité;

? 1 2 3 F1

(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire;

? 1 2 3 F1

(4) irritabilité;

? 1 2 3 F1

(5) tension musculaire;

? 1 2 3 F1

(6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur).

? 1 2 3 F1

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN «C» SONT COTÉS «3».

? 1 2 3 F1

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex. :

? 1 2 3 F1

- peur d'être embarrassé en public (phobie sociale),
- peur de la contamination (TOC),
- peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (angoisse de séparation),
- peur de prendre du poids (anorexie)
- peur d'être atteint d'une maladie grave (hypocondrie),

et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de vos ... (SYMPTOMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notables sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3 F14

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3 F14

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis ou par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

ATTRIBUABLE
À UNE MAL.
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie,
- hyperventilation,
- carence en vitamine B-12,
- porphyrie, tumeur du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E et F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS 3.

1 3 F148

ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE : _____ F149

- 1 Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)

Âge de survenue de
l'anxiété généralisée : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER
AU MODULE
SUIVANT

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (SF-MPO) (FRENCH)

RONALD MELZACK

Les mots ci-dessous sont des qualificatifs utilisés pour décrire différents types de douleur. Pour chaque qualificatif, veuillez faire un crochet dans la colonne qui représente le degré auquel vous ressentez ce type de douleur.

Code confidentiel _____

	AUCUNE	LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE
QUI BAT	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FULGURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
QUI POIGNARDE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
VIVE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
QUI CRAMPE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
QUI RONGE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CHAUDE BRÛLANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PÉNIBLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
POIGNANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SENSIBLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
QUI FEND	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FATIGUANTE-ÉPUISANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ÉCOEURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ÉPEURANTE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
VIOLENTE-CRUELLE	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

P P I

0	PAS DE DOULEUR	_____
1	FAIBLE	_____
2	INCONFORTABLE	_____
3	FORTE	_____
4	SÉVÈRE	_____
5	INSUPPORTABLE	_____

pas de douleur

douleur extrême

R. Melzack, 1987

Échelle des réactions émotionnelles initiales

DATE : _____

CODE CONFIDENTIEL : _____

Veuillez évaluer, à l'aide de la grille suivante, l'intensité avec laquelle vous avez vécu chacune de ces émotions au moment et immédiatement après l'événement traumatique.

1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Extrêmement

1.	J'ai eu peur ou je me suis senti(e) effrayé(e).	1	2	3	4
2.	Je me suis senti(e) impuissant(e).	1	2	3	4
3.	J'ai pensé que je serais sérieusement blessé(e) ou tué(e).	1	2	3	4
4.	Je me suis senti(e) confus(e) ou désorienté(e).	1	2	3	4
5.	Je me suis senti(e) détaché(e) comme dans un rêve	1	2	3	4
6.	Je me suis senti(e) engourdi(e) émotionnellement ou coupé(e) de mes émotions.	1	2	3	4
7.	J'avais l'impression que cela n'arrivait pas vraiment.	1	2	3	4
8.	Je me suis senti(e) triste.	1	2	3	4
9.	Je me suis senti(e) coupable.	1	2	3	4
10.	Je me suis senti(e) embarrassé(e) ou honteux(se).	1	2	3	4
11.	J'avais l'impression d'avoir été trahi(e).	1	2	3	4
12.	J'ai été surpris(e).	1	2	3	4
13.	Je me suis senti(e) en colère.	1	2	3	4
14.	Je me suis senti(e) dégoûté(e).	1	2	3	4
15.	J'ai eu peur de devenir fou(folle).	1	2	3	4

Questionnaire traduit en français par Martin, A. Marchand, A., et Brillon, P. (1999) du Initial Subjective Reaction emotional scale of the Potential Stressful Event Interview (Falsetti, Resnick, Kilpatrick et Freddy, 1994; Kilpatrick, Resnick, et Freddy, 1991)

Échelle des réactions physiques initiales

DATE : _____

CODE CONFIDENTIEL : _____

Ce questionnaire regroupe des réactions physiques pouvant apparaître durant un événement traumatique. Veuillez évaluer, à l'aide de la grille suivante, l'intensité avec laquelle vous avez vécu chacune de ces réactions au moment et immédiatement après l'événement traumatique.

1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Extrêmement

1.	Sensation de souffle coupé ou une sensation d'étouffement.	1	2	3	4
2.	Étourdissements, sensations d'instabilité ou impression d'évanouissement.	1	2	3	4
3.	Palpitations cardiaques ou accélération du rythme cardiaque.	1	2	3	4
4.	Tremblements ou secousses musculaires.	1	2	3	4
5.	Transpiration.	1	2	3	4
6.	Nausée ou gêne abdominale.	1	2	3	4
7.	Sensations d'engourdissement ou de picotement.	1	2	3	4
8.	Bouffées de chaleur ou frissons.	1	2	3	4
9.	Sensation d'étranglement.	1	2	3	4
10.	Douleur ou gêne thoracique.	1	2	3	4

Questionnaire traduit en français par Martin, A. Marchand, A., et Brillon, P. (1999) du Initial Subjective Reaction physical scale of the Potential Stressful Event Interview (Falsetti, Resnick, Kilpatrick et Freddy, 1994; Kilpatrick, Resnick, et Freddy, 1991)

Questionnaire sur les expériences dissociatives péritraumatiques

S'il vous plaît, veuillez compléter les énoncés suivants en encerclant le choix décrivant le mieux votre expérience et vos réactions durant et immédiatement après l'événement le plus stressant ou traumatique que vous avez vécu au cours de votre vie. Si un énoncé ne s'applique pas à votre expérience, s.v.p. encerclez « pas du tout vrai. »

1.	J'ai eu des périodes de perte de contact avec ce qui se passait, je me sentais déconnecté(e) d'une quelconque façon ou je ne ressentais pas que je faisais partie de ce qui se passait.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
2.	J'ai trouvé que j'étais sur le pilote automatique, c'est-à-dire, j'ai réalisé après coups, que j'avais fait quelque chose alors que je n'avais pas décidé volontairement de le faire.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
3.	Ma perception du temps a changé, les choses semblaient aller plus lentement que d'habitude..				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
4.	Ce qui s'est passé me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve ou à une pièce de théâtre.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
5.	Je me suis senti(e) comme un ou une spectateur(trice), comme si je flottais au-dessus de la scène ou que je l'observais comme quelqu'un de l'extérieur.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
6.	Il y a des moments où j'ai senti que mon corps semblait déformé ou changé. Je me suis senti(e) déconnecté(e) de mon corps ou je me suis senti(e) anormalement grand(e) ou petit(e).				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
7.	J'ai senti que ce qui est arrivé à quelqu'un d'autre était entrain de se produire pour moi? Par exemple, j'ai eu l'impression d'être blessé(e) alors que cela n'était pas le cas.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
8.	J'ai été surpris(e) de découvrir après l'événement que plusieurs choses se sont produites durant l'événement alors que je n'en était pas conscient(e), tout particulièrement des choses que j'ai ordinairement l'habitude de remarquer.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
9.	Je me suis senti(e) confus(e), en d'autres mots, j'ai eu de la difficulté à comprendre ce qui arrivait..				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
10.	Je me suis senti(e) désorienté(e); c'est-à-dire qu'il y a eu des moments où je me suis senti(e) incertain(e) de l'endroit ou de l'heure qu'il était.				
	1	2	3	4	5
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

ISP

Consignes : Tout d'abord, veuillez identifier votre proche le plus significatif au moment de l'évènement ayant causé la lésion médullaire. Veuillez inscrire son nom ainsi que le lien que vous aviez avec lui à ce moment (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.)

NOM : _____

LIEN : _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il (elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e). À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer à QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon au cours DU MOIS QUI A SUIVI VOTRE LÉSION MÉDULLAIRE.

Veuillez évaluer à quelle fréquence votre proche a adopté les comportements suivants en encerclant le chiffre correspondant :

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

- 1 2 3 4 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- 1 2 3 4 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- 1 2 3 4 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- 1 2 3 4 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- 1 2 3 4 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- 1 2 3 4 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 7. A crié ou hurlé après vous.
- 1 2 3 4 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- 1 2 3 4 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.
- 1 2 3 4 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir

un peu de support.

- 1 2 3 4 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- 1 2 3 4 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- 1 2 3 4 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- 1 2 3 4 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- 1 2 3 4 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- 1 2 3 4 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- 1 2 3 4 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- 1 2 3 4 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- 1 2 3 4 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

S. L. Manne, Fox Chase Cancer Center, 2000. Traduction : Stéphane Guay, Centre de recherche Fernand Séguin; Jean-Marc Miller, Institut de Réadaptation Lucile Bruneau, 2000.

Incertitude

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas de tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

1	L'incertitude m'empêche de prendre position.
2	Être incertain veut dire qu'on est une personne désorganisée.
3	L'incertitude rend la vie intolérable.
4	C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.
5	Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.
6	L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).
7	Les imprévues me dérangent énormément.
8	Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.
9	L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.
10	On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.
11	Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.
12	Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.
13	Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.
14	Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
15	Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.
16	Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.

17	L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
18	Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
19	Je déteste être pris(e) au dépourvu.
20	Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
21	Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
22	Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
23	Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
24	L'incertitude m'empêche de bien dormir.
25	Je dois me retirer de toute situation incertaine.
26	Les ambiguïtés de la vie me stressent.
27	Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

©Mark H. Freeston, Michel Dugas, Hélène Letarte, Josée Rhéaume, & Robert Ladouceur. Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie, Université Laval, Québec, 1993. Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

APPENDICE F

A: otis.catherine@courrier.uqam.ca

De: charlesfigley@gmail.com

Expéditeur: onbehalf of+charlesfigley+gmail.com@manuscriptcentral.com

07-Jun-2011

Dear Miss Otis:

Your manuscript entitled "Posttraumatic Stress Disorder in Individuals with Spinal Cord Injuries: Current Research and Future Trends" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in *Traumatology*.

Your manuscript ID is TMT-06-11-038.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/tmt> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/tmt>.

Thank you for submitting your manuscript to the Traumatology.

Sincerely,
Traumatology Editorial Office

Objet: **Your Submission**

À: Catherine Otis <otis.catherine@courrier.uqam.ca>

Date: 09/13/11 02:02 PM

De: Lee Saunders <saundel@musc.edu>

Expéditeur: em.scijournal.0.25b558.741a392e@editorialmanager.com

CC: saundel@musc.edu

Ref.: Ms. No. SCIJOURNAL-D-11-00003R1

Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury

Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation

Dear Mrs Otis,

I am pleased to tell you that your work has now been accepted for publication in Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation.

It was accepted on September 13, 2011.

Thank you for submitting your work to this journal. Further information regarding publication will be sent.

With kind regards,

James Krause, Ph.D.

Editor-In-Chief

Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation

Objet: **Journal of Trauma & Dissociation -
Decision on Manuscript ID WJTD-2011-
0165.R2**

À: otis.catherine@courrier.uqam.ca

Date: 12/01/11 05:15 PM

De: jjf@uoregon.edu

Expéditeur: onbehalfof+jjf+uoregon.edu@manuscriptcentral.com

01-Dec-2011

Dear Mrs Otis:

Thank you for your responsive second revision, "Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: A retrospective, cross-sectional study," WJTD-2011-0165.R2. I am pleased to accept your revised paper for JTD. Readers will be very interested in this contribution.

If you have not already done so, please sign the copyright transfer form and return to us as instructed. You can find the form and instructions at: <http://dynamic.uoregon.edu/~jjf/jtd/>

At this point I will be handing over the processing of your manuscript to Melissa Platt, Editorial Assistant for JTD. She may have a few minor additional revisions and forms for you to complete, in order to be in compliance with Taylor & Francis requirements.

Congratulations and thanks for your contribution to JTD.

JJF

Jennifer J. Freyd, Ph.D.
Editor, Journal of Trauma & Dissociation
Professor
Department of Psychology
1227 University of Oregon
Eugene, OR 97403-1227
<http://dynamic.uoregon.edu/>
jtd@dynamic.uoregon.edu

Reviewer(s)' Comments to Author:

APPENDICE G

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 20 juin 2006, le projet de recherche **CRIR-207-0406** intitulé:

« Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire ».

Présenté par: **Frédérique Courtois**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Formulaire A daté du 31 mars 2006 ;
- Grilles d'évaluation scientifique datées respectivement du 24 avril 2006 et du 18 mai 2006 ;
- Document intitulé « Subvention demandée au CRSH » ;
- Lettre et formulaire d'évaluation de la convenance institutionnelle de l'Institut de réadaptation de Montréal, datés respectivement du 7 et du 5 juin 2006, confirmant l'acceptation du projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Protocole de recherche intitulé « Facteurs de risque associés au trouble de stress post-traumatique chez la population blessée médullaire » ;
- Formulaire de consentement (version du 28 septembre 2006, telle que datée et approuvée par le CÉR) ;
- Questionnaire ;
- Lettre et réponses de la chercheuse aux commentaires du CÉR, datée du 15 septembre 2006.

Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant : **Institut de réadaptation de Montréal.**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
3. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;

4. Aviser le CÉR de la clôture (abandon ou interruption prématurée) du projet de recherche ;
5. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
6. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.



Michel T. Giroux

Me Michel T. Giroux
Président du CÉR

Date d'émission
28 septembre 2006

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Adkins, R. H., Hume, B., Nabor, M., & Waters, R. L. (1998). Spinal cord injury identified with violence: Community reintegration in urban areas. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 4, 18-27.
- Agar, E., Kennedy, P., & King, N.S. (2006). The role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms following spinal cord injuries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 437-452.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revised)*. Washington, DC: Author.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students *Journal of Traumatic Stress* 11(4), 645-664.
- Binks, T M., Radnitz, C. L., Moran, A. I., & Vinciguerra, V. (1997). Relationship between level of spinal cord injury and posttraumatic stress disorder symptoms. In: R. Yehuda, New York Academy Sciences.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., & Loos, W. R. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 495-504.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Gerardi, R. J. (1994). Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 283-290.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Gerardi, R. J. (1994). Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 283-290.
- Boyer, B. A., Hitelman, J. S., Knolls, M. L., & Kafkalas, C. M. (2003a). Posttraumatic stress and family functioning in pediatric spinal cord injuries: Moderation or mediation? *The American Journal of Family Therapy*, 31, 23-37.

- Boyer, B. A., Knolls, C. M., Kafkalas, C. M., Tollen, L. G. (2000a). Prevalence of posttraumatic stress disorder in patients with pediatric spinal cord injury: Relationship to functional independence. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(suppl), 125-133.
- Boyer, B. A., Knolls, C. M., Kafkalas, C. M., Tollen, L. G. (2000b). What is the trauma? Patients', mothers', and fathers' fear and helplessness related to posttraumatic aspects of pediatric spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(suppl), 134-147.
- Boyer, B. A., & Knolls, C. M. (2000). Family functioning and pediatric SCI: Relationship to posttraumatic stress and functional independence. *SCI Psychosocial Process*, 13, 138-139.
- Boyer, B. A., Knolls, C. M., Kafkalas, C. M., Tollen, L. G., & Swartz, M. (2000). Prevalence and relationships of posttraumatic stress in families experiencing pediatric spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 339-355.
- Boyer, B. A., Tollen, L. G., Kafkalas, C. M. (1998). A pilot study of posttraumatic stress disorder in children and adolescents with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 11, 75-81.
- Boyer, B. A., Ware, C. J., Knolls, M. L., & Kafkalas, C. M. (2003b). Posttraumatic stress among families experiencing pediatric spinal cord injury: A replication. *SCI Psychosocial Process*, 16, 85-94.
- Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 53-69.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological Trauma* (pp.1-29). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 499-509.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2295-2301.
- Brunet, A. (2003). *The Power of Peritraumatic Responses to Prospectively Predict PTSD*. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago. October 29th- November 1st.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1480-1485.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders, 21*(2), 183-191.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 625-629.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 489-494.
- Burckhardt, C. S., & Bjelle, A. (1994). A Swedish version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 23*, 77-81.
- Canadian Paraplegic Association. (2011). *Les blessures médullaires au Canada*. http://www.canparaplegic.org/fr/SCI_Facts_67/items/6.html
- Canadian Paraplegic Association. (2001). *Workforce participation survey of Canadians with spinal cord injuries*. Retrieved March 19, 2009, from <http://canparaplegic.org>
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry, 45*(1), 44-50.
- Chung, M. C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006a). The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders, 93*, 229-232.
- Chung, M. C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006b). Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: A comparison with young and middle-aged patients. *Psychiatry, 69*(1), 69-80.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationship, 1*, 37-67.
- Danner, G., & Radnitz, C.L. (2000). Protective factors and posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation and Health, 5*(3), 195-203.
- Davies, D. S., & McColl, M. A. (2002). Lifestyle risk factors for three disease outcomes in spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation, 16*, 96-108.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder*. New York, NY: Routledge.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 835-842.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, R. A. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(3), 508-519.
- Engel, C. C. (2004). Somatization and multiple idiopathic physical symptoms: relationship to traumatic events and posttraumatic stress disorder. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 191-215). Washington: American Psychological Association.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1994). A review of the "Potential Stressful Events Interview": A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *The Behavior Therapist, 17*, 66-67.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S., Metzler, T., Delucchi, K., Weiss, D. S., et al. (2006). The Relationship Between Peritraumatic Distress and Peritraumatic Dissociation: An Examination of Two Competing Models. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(11), 853-858.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II

- Disorders (SCID-II). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment*. (pp. 134-143): Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Fordyce, W. E., (1964). Personality characteristics in men with spinal cord injury as related to manner of onset of disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 45, 321-325.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Friedman, M. J. (2000). What might the psychobiology of posttraumatic stress disorder teach us about future approaches to pharmacotherapy? *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 7), 44-51.
- Friedman, M. J., McEwen, B. S. (2004). Posttraumatic stress disorder, allostatic load, and medical illness. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 157-188). Washington: American Psychological Association.
- Guay, S., & Bonaventure, M. (2002). *Le soutien social et les troubles anxieux*. Paper presented at the Clinique en intervention cognitivo-comportementale at Hôpital Louis-H Lafontaine.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique: Données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 369-384). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., Lavoie, V., Grimard, F., & Bond, S. (2006). Les interventions psychologiques pour l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 191-214). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Green, B. L. & Kimerling, R. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health status. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 13-42). Washington: American Psychological Association.
- Haden, S. C., Scarpa, A., Jones, R. T., & Ollendick, T. H. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personality and Individual Differences*, 42, 1187-1198.

- Hatcher, M. B., Whitaker, C., & Karl, A. (2009). What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? *British Journal of Health Psychology*, 14, 541-561.
- Hovens, J. E., Falger, P. R. J., Op Den Veld, W., Schouten, E. G. W., De Groen, J. H. M., & Van Duijn, H. (1992). Occurrence of current posttraumatic stress disorder among Dutch World War II resistance veterans according to the SCID. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(2), 147-157.
- Hyer, L., Summers, M. N., Boyd, S., Litaker, M., & Boudewyns, P. (1996). Assessment of older combat veterans with the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 587-594.
- Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident PDF. *Behaviour research and therapy*, 38(5), 499-508.
- Just, N., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 63-83.
- Kennedy, P., & Evans, M. J. (2001). Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*, 39, 381-386.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- King, D. W., Vogt, O. S., & King, L. A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 367-373.
- Krause, J. S. (2004). Factors associated with risk for subsequent injuries after traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1503-1508.

- Krause, J. S., Carter, R. E., & Pickelsimer, E. (2009). Behavioral risk factors of mortality after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(1), 95-101.
- Krause, J. S., Saunders, L. L., & Newman, S. (2010). *Posttraumatic stress disorder and spinalcord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1182-1187.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York; Brunner/Mazel.
- Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J-M. Boivert (Eds.), *Les Troubles Anxieux : Approche Cognitive et Comportementale*. Montréal; Gaëtan Morin.
- Lawyer, S. R., Resnick, H. S., Galea, S., Ahern, J., Kilpatrick, D. G., & Vlahov, D. (2006). Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry*, 69(2), 130-141.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lensvelt-Mulders, G., van Der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J. M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1138-1151.
- Levin, F. R., Evans, S. M., & Kebler, H. D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment *Drug and Alcohol Dependence* 52(1), 15-25.
- Lude, P., Kennedy, P., Evans, M., Lude, Y., & Beedie, A. (2005). Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: A comparative review of European samples. *Spinal Cord*, 43, 102-108.
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125.
- Marchand, A., Bousquet des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: Stratégies d'intervention psychothérapique postimmédiate. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 165-190). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marino, R. J. (2000). *International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised)*. Chicago: American Spinal Injury Association.

- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder *Trauma, memory, and dissociation*. (pp. 229-247): Washington: American Psychiatric Association.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 94-102.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delucchi, K. L., Best, S. R., & Wentworth, K. A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 15-22.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, K., Kulka, R. A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467-1473.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 51-68). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Martin, A., & Marchand, A. (2000). *Validity and reliability of Peritraumatic Dissociative Experiences Francophone Questionnaire*. Paper presented at the 34 th annual convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, New Orleans.
- Martin, A., & Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among French-speaking university students. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 49-63.
- Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the Development of Posttraumatic Stress Disorder among Police. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10(4), 451-468.
- Martz, E. (2004a). Do post-traumatic stress symptoms predict reactions of adaptation to disability after a sudden-onset spinal cord injury? *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(3), 185-194.

- Martz, E. (2004b). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28, 1-17.
- Martz, E. (2005). Association and predictors of posttraumatic stress levels according to person-related, disability related, and trauma-related variables among individuals with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 149-157.
- Martz, E., Livney, H., Priebe, M., Wuermser, L. A., & Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1182-1192.
- Martz, E., & Cook, D. W. (2001). Physical impairments as risk factors for the development of posttraumatic stress disorder. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(4), 217-221.
- McCaslin, S. E., Rogers, C. E., Metzler, T. J., Best, S. R., Weiss, D. S., Fagan, J. A., et al. (2006). The impact of personal threat on police officers' responses to critical incident stressors. *Journal of Nervous Mental Disease*, 194(8), 591-597.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Michaels, A. J., Michaels, C. E., Moon, C. H., Smith, J. S., Zimmerman, M. A., Taheri, P. A., et al. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: Impact on general health outcome and early risk assessment. *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 47(3), 460-466.
- Miller, L. (1998). *Shocks to the system: Psychotherapy of traumatic disability syndromes*. New York: Norton.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 1, 36-39.
- Mona, L. R., Cameron, R. P., Lesondack, L. M., & Norris, F. H. (2000). Posttraumatic stress disorder symptomatology in men and women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(1), 76-86.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1239-1247.
- Nielsen, M. S. (2003a). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*, 41, 296-302.

- Nielsen, M. S. (2003b). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries: the mediating effect of social support. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 289-295.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23, 587-603.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 125-142.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pennebaker, J. W. (2000). Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. In A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, & V. S. Cain (Eds.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp. 299-315). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Post, R. M., Weiss, S. R. B., & Smith, M. A. (1995). Sensitization and kindling: Implications for the evolving neural substrates of post-traumatic stress disorder. In M.J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to post-traumatic stress disorder* (pp. 203-224). Philadelphia, Lippincott-Raven.
- Radnitz, C. L., & Danner, G. (2002). Recovery from posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 15(4), 185-197.
- Radnitz, C. L., Hsu, L., Tirsch, D. D., Willard, J., Lillian, L. B., Walczak, S., et al. (1998b) A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 676-680.
- Radnitz, C. L., Hsu, L., Willard, J., Perez-Strumolo, L., Festa, J., Lillian, L. B., et al. (1998a). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 505-520.
- Radnitz, C. L., Schlein, M. A., & Hsu, L. (2000). The effect of prior trauma exposure on the development of PTSD following spinal cord injury. *Journal of Anxiety Disorder*, 14(3), 313-324.

- Radnitz, C. L., Schlein, I. S., Walcsak, S., Broderick, C. P. Binks, M., Tirch, D. D., et al. (1995). The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 8, 145-149.
- Resnick, H. S., Acierno, R., & Kilpatrick, D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence 2: Medical and mental health outcomes. *Behavioral Medecine*, 3, 65-78.
- Resnick, H. S., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T. W. Miller (Ed.), *Stressful life events* (pp. 231-266). Madison: International Universities Press.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*: New York, NY, US: Guilford Press.
- Rheingold, A. A., Acierno, R., & Resnick, H. S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 217-243). Washington: American Psychological Association.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Rosenberg, S. D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schnurr, P. P., Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 247-275). Washington: American Psychological Association.
- Schnurr, P. P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85-95.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 594-599.
- Schutzwahl, M., & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 155-165.
- Séguin-Sabouraud, A. (2006). Les modèles cognitivo-comportementaux de l'état de stress post-traumatique: Considérations théoriques. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les*

troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements (pp. 87-117). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Shalev, A. Y., Freedman, A., Peri, T., Brandes, D., Sahara, T., Orr, S., et al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630-637.
- Sie, I., & Waters, R. L. (2003). Outcomes following spinal cord injury, Dans W. L. Vernon (Eds.), *Spinal Cord Medicine* (pp.87-103), New-York: Demos.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J., & Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1702-1705.
- Smith, J. K. (2008). *Issues in PTSD assessment: Exploring intolerance of uncertainty and field dependence among PTSD veterans*. Unpublished doctoral dissertation, Long Island University, New York.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Spinal Cord Injury Information Network. (2010). *Spinal cord injury facts and figures at a glance*. <https://www.nscisc.uab.edu>
- Spitzer, M., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: Biometric Research Department.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
- Stephensen, R., & Brillon, P. (1995). Translation of Trauma Assessment for Adults, Unpublished, Traumatic Studies Laboratory, University of Quebec in Montreal.
- Sterlini, G. L., & Bryant, R. A. (2002). Hyperarousal and dissociation: a study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 431-437.
- Stevens, S. L., Caputo, J. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2008). Physical activity and quality of life in adults with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Injury Medicine*, 31, 373-378.
- Thombs, B. D., Fauerbach, J. A., & McCann, U. D. (2005). Stress disorders following traumatic injury: Assessment and treatment considerations. *Primary Psychiatry*, 12(3), 51-55.

- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.
- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1530-1540.
- van der Velden, P. G., & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28, 1009-1020.
- Ventura, J., Liberman, R. O., Green, M. F., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79(2), 163-173.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L., et al. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 365-376.
- Williams, G. N. (1997). Post-traumatic stress disorder: Implications for practice in spinal cord injury rehabilitation. *SCI Psychosocial Process*, 10(1), 40-42.
- Yoshida, K. (1997). Uncertainty in the lives of people with spinal cord injury and rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(1), 5-14.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.
- Zatzick, D. F., Kang, S. M., Muller, H. G., Russo, J. E., Rivara, F. P., Katon, W., et al. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 941-946.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 265-270.